ЛУЧШАЯ КНИГА ГОДА
ПО ВЕРСИИ *SUNDAY TIMES*

РАЗГОВОР О ТОМ,
КАК ОТЗЫВАЕТСЯ МИР В БОЛЬНОЙ ДУШЕ

Шизофрения



«Автор делает этих сложных людей досягаемыми, постижимыми… в надежде, что эта книга сможет стать важным аргументом в разговоре о душевных заболеваниях. И она этого заслуживает».
Literary Review

Найти и потерять себя



НАТАН ФАЙЛЕР

медик и автор бестселлера «Шок от падения», переведенного на 30 языков

Психология и психика

НАТАН ФАЙЛЕР



Шизофрения



Найти и потерять себя



Издательство АСТ
Москва

УДК 159.98
ББК 88.37
Ф17

Перевод оригинального издания:

Nathan Filer
THE HEARTLAND: FINDING AND LOSING SCHIZOPHRENIA

Печатается с разрешения автора при содействии
Conville & Walsh UK и литературного агентства *Synopsis.*

Файлер, Натан.

Ф17 Шизофрения. Найти и потерять себя. / Н. Файлер; пер. с английского П. Якушевой. — Москва : Издательство АСТ, 2020. — 304 с. — (Психология и психика).

ISBN 978-5-17-122336-6

Шизофрения. Будь то абстрактные ассоции с этим словом или люди, на мысли о которых оно наводит, у всех нас так или иначе есть мнение на счет этого феномена. Как мы воспринимаем его и как относимся к людям, живущим в его контексте, — и есть суть нашего понимания психического здоровья. Но что мы знаем о шизофрении? Как много прочли или выслушали? Понимаем ли мы и в самом деле этот сложный и зачастую противоречивый диагноз? В этой книге Натан Файлер, квалифицированный медбрат психологического профиля и обладатель нескольких литературных премий, проведет нас по коридорам и кабинетам психиатрии как теории и как практики. Читатель приглашен на встречу с ведущими мировыми экспертами и некоторыми неординарными людьми, которые расскажут свои истории — подлинные, невыдуманные — о том, как им живется с этим странным и не до конца понятным заболеванием.

Книга развеивает мифы, спорит с устоявшимися мнениями и предлагает по-новому взглянуть на безумие — и человечность.

УДК 159.98
ББК 88.37

ISBN 978-5-17-122336-6

О конфиденциальности

Некоторые люди, с которыми вы встретитесь на страницах этой книги, не просили об анонимности, и все детали их историй были сохранены. Другие же пожелали остаться неизвестными, и их истории были изменены в большей или меньшей степени. Иногда поменять имя — все, что от меня требовалось. В других случаях я переделывал места, даты и другие частности, по которым можно узнать человека. Все эти решения принимались людьми, чьи рассказы я воспроизвожу в ниже. — *Н.Ф.*

Посвящается *S. R. C.*

Язык безумия (и начало нашего разговора)

Я помню, как впервые силой заставил пациента принять лекарство. Это произошло тринадцать лет назад, я только недавно сдал экзамен на медицинского брата психиатрического профиля и начал работать в психиатрической клинике. Моя работа заключалась в обследовании и лечении взрослых пациентов в острых фазах тяжелых психических расстройств.

Я буду называть этого пациента (или получателя услуг, или клиента, или сына, или друга или брата — смотря кого спросить) Амит. Амит уже три недели отказывался принимать назначенные препараты, и на то была веская причина. Лекарства, которые мы ему давали, содержали яд. Их Амиту назначил врач, целенаправленно и злонамеренно пытающийся причинить ему вред. Более того, этот врач — психиатр-консультант — уже лишился своей лицензии, когда его уличили в издевательствах над Амитом во время предыдущей госпитализации, и теперь деятельность врача была незаконной. Почти весь младший медицинский персонал знал об афере и был в нее вовлечен.

Во время утренней раздачи лекарств Амит стоял в дверном проеме и пристально за мной наблюдал. Он не отрывал взгляда от движений моих рук над тележкой с таблетками, пока я подменял обычные пилюли на ядовитые.

На Амите была та же одежда, в которой он спал, и старые спортивки с большущей дырой на штанине. Другая пациентка (или коллега, или мать, или учительница, или дочь) недавно пожаловалась на запах, который исходит от Амита. Если они сидели в комнате отдыха перед телевизором, ее начинало подташнивать. Проблема была в том, что Амит считал, что вода в его палате заражена, и потому не мылся с момента госпитализации. Я понимал, что нужно хотя бы попробовать поговорить с ним о гигиене, но позже — сейчас главным приоритетом была выдача лекарств.

Я сверил дозировки с медицинской картой, положил две таблетки в прозрачный пластиковый стаканчик и протянул Амиту.

Он уставился на пилюли. Мы оба уставились. Я предпринял попытку: «Я знаю, что тебе тяжело сейчас довериться нам, Амит. Я понимаю, правда. Мы считаем, что это все из-за того, что ты снова нездоров».

Он знал, что я лгу.

«Я приму в комнате», — сказал он.

Я знал, что он лжет.

«Это так не работает, ты же в курсе. Мне жаль, но тебе придется принять их при мне».

Он осторожно протягивает руку и берет стаканчик. Тыкает пальцем таблетки. Пальцы желтые от табака. «Неет. Обойдетесь», — говорит он в конце концов, прилаживая стаканчик обратно на тележку, и пятится из комнаты, так и не спуская с меня глаз. Когда он исчезает в полумраке коридора, где находится его комната, я вывожу круглую «О» в его медицинской карте — отказ. Конечно же, он отказывается. С чего бы ему поступать иначе? Если бы я был на его месте, я бы тоже так сделал.

В чем я не уверен, так это в том, что сделал бы это с таким же достоинством, которое продемонстрировал Амит, когда в тот же день в его палату зашла команда К & О.

К & О. Контроль и Ограничение. Законные (пусть и спорные) методы, которым обучают медицинских сестер и братьев, чтобы они могли скрутить сопротивляющегося человека. Потом эти приемы будут переименованы в «Предотвращение и регулирование насилия и агрессии», что звучит весьма разумно, когда человек разносит палату в клочки или угрожает навредить кому-то, но в ситуации Амита, если спросите меня, — старое название подходит куда больше.

На собрании персонала психотерапевт принял решение: сегодня последний день, когда Амит сможет отказаться от орального приема лекарств, прежде чем мы начнем использовать инъекции. На профессиональном жаргоне было сказано следующее: состояние пациента ухудшается с каждым днем, он давно уже «на карандаше» у психиатрических служб, и мы наблюдаем типичную картину болезни. Если мы сможем заставить его вновь принимать стабильные дозы медикаментов — прогноз, вероятно, положительный.

Амит сидел на постели, курил и пытался продраться через помехи на портативном радио. Он беседовал с кем-то, для нас невидимым. Он поднял на нас глаза. Нас было пятеро.

«Мне придется умолять вас?» — спросил он.

Мой коллега отчетливо разъяснил Амиту, какие есть варианты. Но фраза засела у меня в голове. Мне придется умолять? Когда Амита наконец прижали к кровати и я вводил иглу шприца в вену, мне тяжело было унять дрожь в руках. Амит не стал драться. Мы не предотвращали и не регулировали никакого насилия или агрессии. С точки зрения Амита, несомнен-

но, именно мы совершали акт насилия. В этот момент, как бы ни были чисты мои намерения, я осознанно принимал участие в его страданиях.

Примерно в это же время я начал писать роман. Тогда я жил в маленькой квартирке в центре Бристоля с парой соседей, и между сменами в клинике часами сидел за столом (а еще чаще ходил из угла в угол в надежде, что движение тела может каким-то образом выкурить воображение из-под того неведомого камня в мозгу, где оно пряталось).

Я представлял себе жизнь молодого человека, страдающего от необычной и часто неверно воспринимаемой болезни (или недуга, или состояния, или травмы, или феномена, или проклятия, или дара — смотря кого спросить), а также жизнь его семьи и друзей. Все это был художественный вымысел, но вымысел, опирающийся на мои вполне реальные впечатления от работы в сфере психического здоровья, а также на некоторые мои детские воспоминания. Я полагаю, что отсюда и берется то, что мы зовем воображением. Сознательно или бессознательно, мы копаемся в воспоминаниях о своей жизни — в том, что мы видели, и делали, и читали, и чувствовали, на что надеялись и где облажались, чего желали и о чем жалели. Мы берем свой опыт и придаем ему новые формы — добавить чуток здесь, а это, наоборот, опустить, — пока не получится что-то совершенно новое. Хотя, например, для героя моего романа опыт и воображение сплелись в такой сложный узел, что он перестал ясно понимать, что реально, а что происходит у него в голове. Моя главная творческая задача заключалась в том, чтобы понять, через что проходит персонаж, и каким-то образом на это откликнуться. Другими словами — проявить эмпатию.

Именно в этой точке пересекаются написание романа (или его чтение) и работа в сфере охраны психического здоровья. И то и другое требует очень высокого уровня эмпатии, то есть стремления понять и разделить чувства другого человека. Конечно, как автору художественного произведения, мне приходилось сначала создавать те проблемы, которым потом полагалось сочувствовать. Впрочем, когда я думаю об Амите, мне приходит на ум, что в качестве медбрата мне часто приходилось заниматься тем же самым.

Коротко говоря, моему герою приходилось нелегко.

Я решил, что в романе не будет озвучиваться его диагноз, но если бы мне пришлось, то я, пожалуй, остановился бы на шизофрении.

ШИЗОФРЕНИЯ

Ну и словечко, да?

Сможете сделать кое-что для меня? Произнесите «шизофрения» вслух несколько раз. Не шепотом. Скажите это по-настоящему. Скажите достаточно громко, чтобы заволноваться, не услышал ли вас кто-нибудь. Скажите так громко, чтобы все могли услышать.

Почувствуйте форму слова. Задержитесь. Подумайте о том, что с вами происходит, когда вы его произносите. Какие мысли приходят вам в голову? Что вы чувствуете?

Отлично. Здесь кончается интерактивная часть книги. Обещаю, что дальше можно будет просто читать. Но я прошу вас в процессе чтения не забывать одну вещь — целые жизни исчезли, погребенные за этим словом.

«Шизофрения» — греческое слово, образованное от корней σχίζω («расщепляю») и φρήν («разум»). Просто чудо, что образ человека, раздираемого на части двумя или несколькими отдельными личностями, так прочно засел в сознании общественности.

Хотя это полная чепуха.

Давайте сразу проясним этот момент: шизофрения это не раздвоение личности. Это также не множественные личности. Но заявления о том, чем не является шизофрения, вряд ли помогут нам установить, чем она является.

Ведутся заслуживающие внимания и часто жаркие споры буквально обо всем, что касается шизофрении. В качестве оппонентов выступают Специалисты в области психиатрии, психологии, генетики, неврологии, представители различных благотворительных организаций и инициативных групп. Под вопрос ставится все: от причин и факторов риска до вопросов классификации и лечения. Конечно, нельзя оставить без внимания и тех, кто считает, что вся концепция шизофрении как диагноза уже не приносит никакой пользы (если вообще когда-то приносила) и должна быть перестроена или вовсе предана забвению.

Если мы прямо сейчас займем место на воображаемой трибуне и понаблюдаем за этими дебатами, то первое, что станет ясно, — нет вообще никакого бесспорного и непротиворечивого языка, когда речь идет о психических расстройствах (это относится и к термину «психическое расстройство»).

В целом, разногласия вокруг термина обычно касаются того, насколько он кажется медицинским. Возьмите хоть собирательное название для людей, которые получают помощь в сфере психического здоровья. Во время моего обучения слово «пациент»

оказалось в немилости, и нас поощряли использовать термин «получатель услуг» — надо сказать, к замешательству многих получателей наших услуг.

На самом деле проблема вербальной идентификации назрела уже давно. Десятилетиями люди, сами являвшиеся «пациентами» психиатрических служб, протестовали и категорически отвергали строго медицинские коннотации этого слова. Главная претензия: слово «пациент» предполагает пассивность, навязывает нарратив «доктору лучше знать», усугубляет чувство собственного бессилия. Термин же «получатель услуг» оказался предпочтительнее, потому что обозначает активную роль человека, столкнувшегося с психиатрическими службами, вместо того чтобы вызывать в воображении образ больного.

Здесь мы можем наблюдать начало идеологического раскола. Если вы пользуетесь помощью психиатрических служб и верите, что тревожащие вас мысли и ощущения являются симптомами болезни, причина которой, вероятно, находится в мозгу, — иначе говоря, что ваше состояние, по сути, не отличается от физического недуга, — то вы, скорее всего, предпочтете думать о себе именно как о пациенте. В конце концов, если вы ничем не отличаетесь от пациентов со сломанной ногой, или пневмонией, или раком, или диабетом, или легочной инфекцией, то с чего бы вам называться как-то по-другому?

В то же время вы можете считать — наряду со многими другими людьми, включая специалистов по психическому здоровью, — что даже самые пугающие мысли, чрезвычайно резкие перемены настроения и абсолютно нетипичное поведение — не столько симптомы расстройства, сколько естественная реакция на непроработанную травму или тяжелую жизненную ситуацию. В таком случае по-

гружение в пучину медицинского жаргона, языка диагнозов, которое неизбежно начинается с навешивания ярлыка «пациент», покажется вам глубоко проблематичным.

Термин «получатель услуг» сочли нейтральным, и так появилась новая норма. Но что насчет таких людей как Амит? Людей, которых удерживают в больнице и лечат против их воли? Подходит ли им собирательное название «получатель услуг»? Можем ли мы с чистой совестью сказать, что они «пользуются» помощью психиатрических учреждений?

Вероятно, нет.

Сегодня растет количество людей (хотя они все еще в меньшинстве), которые отвергают оба термина и предпочитают называть себя «уцелевшими» (*survivors*). В то же время совет Королевского колледжа психиатров недавно снова рекомендовал к использованию слово «пациент». И если все это звучит сложно и попахивает политическими играми, то это только потому, что так оно и есть. И мы пока видим только верхушку айсберга[1].

Возможно, вы уже сейчас готовы закатить глаза.

Здесь я хотел бы процитировать героя моего романа, когда он впервые услышал словосочетание «получатель услуг».

> *Они вечно дают нам новые клички. Получатели услуг, судя по всему, последняя. Черт, кому-то же платят за то, что они придумывают эту фигню. Я вспомнил о Стиве. Он явно из тех, кто говорит «получатели услуг». Он бы произнес это так, словно заслуживает рыцарский титул за чуткость и тактичность*[2].

(Стив — один из медицинских работников, этот персонаж — во многом компиляция того, что я считаю худшими своими профессиональными чертами).

Я привожу эту цитату, потому что считаю, что нужно сохранять некоторый здоровый цинизм. Как и любой другой пылкий спор, этот не лишен элементов предвзятости и мыслей о собственной выгоде — с обеих сторон баррикад. Я тем не менее уверен, что игнорировать поднятые вопросы было бы серьезной ошибкой. Да, это спор о языке. Но в странном мире психического здоровья язык — это все. Простая истина, о которой мы подробнее поговорим ниже, заключается в том, что подавляющее число психиатрических диагнозов нельзя поставить, глядя на анализы крови, результаты МРТ мозга или что-то в этом роде. Профессионалы в этой области полагаются на слова, которые говорит (или не говорит) обратившийся к ним человек, и только слова могут помочь определить диагноз.

Диагноз, в свою очередь, способен кардинально поменять жизнь человека — в лучшую или худшую сторону.

Здесь мы возвращаемся к слову, которое несколько минут назад повторяли вслух. Если такое безобидное понятие как «пациент» становится предметом дискуссии, то представьте, какие баталии разворачиваются вокруг необъятного термина «шизофрения».

С учетом всех этих разногласий я хочу принять на себя обязательство. Начиная с этого абзаца, вся терминология в этой книге будет либо повторяться мной за собеседниками (или копироваться из их записей), либо я буду прилагать все усилия, чтобы читатель не забывал, что часто используемые и общепринятые в медицинской среде термины отражают лишь одну из возможных точек зрения. Поэтому шизофрения

превратится в так называемую шизофрению, а психическое расстройство в так называемое психическое расстройство. Иногда я также могу прибегать к кавычкам или другим приемам, чтобы все мы не забывали о существовании альтернативных нарративов.

Романист во мне морщит нос, потому что звучит это слишком длинно и сложно (кто-то другой во мне причитает, что не стоило и вовсе вступать на такой скользкий путь), но я надеюсь, что читатели поймут: я искренне пытаюсь выказать уважение как тем, кто находит утешение в медицинском языке, так и тем, кому этот язык причинил боль.

Что ж, хорошо. Давайте попробуем.

Полемика вокруг так называемой шизофрении так же стара, как и само «заболевание».

Ну вот. Не так уж плохо.

Естественно, о том, насколько же стара так называемая шизофрения, тоже ведутся споры.

Если коротко, то открытие — или изобретение — было сделано немецким психиатром Эмилем Крепелином (1856–1926). Он стал первым врачом, описавшим «раннее слабоумие», наблюдавшееся у психиатрических пациентов. Крепелин ошибочно предполагал, что симптомы являются проявлением ранних стадий заболевания мозга, вызывающего когнитивные нарушения. Заболевание получило имя *dementia praecox*, «раннее слабоумие». Позже, 24 апреля 1908 года, на лекции в Берлине современник Крепелина Эйген Блейлер (1857–1939) провел весьма успешный ребрендинг: так на свет появилась шизофрения.

Чего ни Блейлер, ни Крепелин никак не могли предвидеть, так это того, что их новая болезнь с экзотическим названием вскоре станет самым сердцем психиатрии, расстройством, представляющим дисциплину в целом[3].

Сердце психиатрии в то же время является полем битвы, где разворачиваются жесточайшие идеологические диспуты о безумии, о важности и значении этого понятия*.

И уж поверьте мне, когда я говорю, что диспуты эти бывают ожесточенными. Многие из вопросов, которые я буду поднимать в этой книге, прямо сейчас пересматриваются и обсуждаются ведущими теоретиками и практиками от мира психиатрии. Если вы вдруг полюбопытствуете и заглянете в СМИ, чтобы узнать об этих диспутах поподробнее, то не придется копать слишком глубоко, прежде чем вы наткнетесь на «язвительную и враждебную полемику»[4], как окрестили ее в *Mental Health Today***. Любопытным образом большая часть упомянутой язвительности рождается в спорах между двумя областями науки, представители которых работают плечом к плечу и которые часто неотличимы друг от друга в глазах широкой общественности. Я говорю об отдельных, но родственных дисциплинах: психиатрии и психологии.

Лексикон психического здоровья включает много таких слов на психо-. В моей книге, например, их 346***. Эти слова, несомненно, покажутся читателям знакомыми, по крайней мере на первый взгляд. Они нашли путь в популярную культуру и их можно до-

* Впервые я увидел выражение «самое сердце психиатрии» в отношении шизофрении в «Британском журнале психиатрии». Это эмоциональное, странно анатомическое описание. Сейчас эту фразу используют редко, но она кажется мне уместной, учитывая жаркие и часто глубоко личные споры о шизофрении.

** Ежемесячный британский журнал о психическом здоровье. — *Прим. перев.*

*** Для сравнения: это в 343 раза больше, чем Энт Макпартлин и Дек Доннелли просили нас смотреть, как они «разрывают микрофон, сходят с ума» (*reck the mic — psyche!*) в своем дебютном альбоме *Psyche*.

вольно часто слышать вне строгого медицинского контекста. И все же их часто употребляют неправильно и путают. И перепутать их, в общем-то, довольно просто.

Так что давайте потратим немного времени и разберемся.

ПСИХОЛОГИЯ

Психология — самое широкое из понятий на психо-, упомянутых в моей книге. Это область научных и социальных исследований, охватывающая все аспекты нашей психической деятельности и поведения. Психология — дисциплина чрезвычайно широкая и многообразная. Если вы о чем-то думаете или что-то чувствуете — у психологов есть об этом теория.

Клиническая психология — одна из множества направлений психологии, и о ней мы будем здесь говорить больше всего. Она концентрируется на понимании, предотвращении и лечении психопатологических расстройств и нарушений — того, что часто называют «психическими расстройствами».

Специалисты, работающие в этой области, называются клиническими психологами. Чтобы получить лицензию клинического психолога, нужно защитить диплом бакалавра психологии, а затем три года работать над докторской степенью.

Основной метод «лечения», применяемый психологами, — психотерапия (да-да, еще одно слова на психо-). Иногда мы называем ее «разговорной терапией».

Существует огромное количество видов «разговорной» психотерапии: от психоанализа (разработанного Зигмундом Фрейдом в конце XIX века) до

более современных и популярных сегодня терапии осознанности и когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

Большое количество специалистов, чье мнение приведено в этой книге, являются клиническими психологами.

ПСИХИАТРИЯ

В отличие от психологии, психиатрия — медицинская специальность. Врачи, имеющие такую специализацию, называются психиатрами. Как и другие врачи, они пять лет учатся в высшем медицинском учебном заведении, а затем проходят особую подготовку, изучая психические расстройства.

Психиатры также занимаются психопатологическими нарушениями, но в их работе акцент часто делается на биологические причины и медикаментозное лечение психических расстройств. Другими словами, психиатры думают — по крайней мере, отчасти — о психических нарушениях как о последствиях химического дисбаланса в мозге и, соответственно, используют лекарственные препараты для восстановления такого баланса. Поэтому психиатры (в противоположность психологам) часто выписывают лекарства. Надо, впрочем, сказать, что многие психиатры также предлагают и «разговорную терапию».

В Великобритании согласно закону «О психическом здоровье» у психиатров также есть полномочия и обязанности, когда речь идет об удержании и принудительном лечении.

Британская национальная служба здравоохранения — как и большинство таких западных служб —

сделала биомедицинский подход (тот, что ассоциируется с психиатрией) главной парадигмой, которой следуют для концептуализации и лечения серьезных нарушений психики.

Так было не всегда. Люди уже давно пытаются разобраться в природе безумия, и разные идеологии успели за это время получить свои пятнадцать минут (или лет) славы. Загляните достаточно далеко — и неизбежно наткнетесь на рассказы о демонах и духах (в некоторых культурах, разумеется, такие верования имеют место до сих пор).

Даже в недавнем, казалось бы, XX веке новорожденная наука психиатрия была озадачена не только и не столько биологическими механизмами болезни*. Хотя вернее было бы сказать, что после первых бесплодных попыток найти признаки безумия в органической материи мозга наука обратила свое внимание на психоанализ.

Так на много лет жизненный опыт и детские воспоминания людей стали самым важным инструментом для понимания и лечения психических расстройств.

Уже прошли десятилетия после Второй мировой войны, когда в нужный момент совпали изобретение новых лекарственных препаратов и публикация новой системы классификации психических расстройств (легендарное событие, к нему мы еще вернемся) — тогда современная психиатрия гордо заявила о себе как о по-настоящему медицинской специальности, в том смысле, в каком мы понимаем это сегодня.

---

*Психиатрия официально появилась в 1808 году, когда немецкому врачу Иоганну Христиану Рейлю пришла в голову идея соединить корень *psyche* в значении «душа» или «дух» с добавкой *-iatry* в значении «исцеление».

Многие — включая психиатров, других специалистов в области психического здоровья и «получателей услуг» — верят, что это был шаг в нужную сторону и что прогресс с тех пор не стоит на месте.

В то же время другие — включая психиатров, других специалистов в области психического здоровья и «получателей услуг» — подвергают новые подходы серьезной критике и опасаются, что они приносят больше вреда, чем пользы.

ПСИХОЗ

Из всех слов на психо- самая плотная пелена заблуждений и ошибочных представлений стоит именно вокруг психоза. Для нас этот термин будет очень важен хотя бы потому, что психоз считается характерным признаком так называемой шизофрении.

Я помню, как впервые столкнулся с этим понятием в стенах медицинского учреждения.

Мне было девятнадцать, я только начинал карьеру медбрата в сфере психического здоровья, замещал в палатах другой медицинский персонал, когда людей не хватало. Медсестры и медбратья — это прекрасно обученные высококвалифицированные члены команды слаженно работающей больницы. Я же еще был весьма далек от этого идеала. Собеседование, после которого меня приняли на работу, продлилось не более десяти минут, и почти все заданные вопросы касались количества наличного у меня свободного времени. Я не знал еще почти ничего. Помню, как заступал на свою первую смену. Больница располагалась на окраине Бостона, на тихой и зеленой территории бывшего викторианского

работного дома* и психиатрической лечебницы. Голос из переговорного устройства на запертой входной двери протрещал, что мне нужно пройти в сестринский офис. Я на секунду замешкался. Первый день на работе — сам по себе достаточный повод для тревоги, но было что-то еще. До этого момента весь мой опыт обхождения с так называемыми серьезными душевными болезнями состоял из того, что я получил через вторые или третьи руки. Я узнавал об этом из книг, фильмов, телевизионных передач и «желтых» журналов, которые мои родители читали, когда я был ребенком. Моя голова до краев полнилась заблуждениями и предубеждениями о психиатрических клиниках, сумасшедших домах, богадельнях и их обитателях.

Я лихорадочно строчил в блокноте, пока одна за одной сестры, сдававшие предыдущую смену, заходили в офис, делились важной информацией о своих пациентах и давали указания касательно того, что надлежит сделать в мою смену. До этого я никогда не писал слова «психотический». Я был не вполне уверен, как это вообще пишется. Теперь я записывал его снова и снова. Я понятия не имел, что оно значит, но в груди возникала ощутимая тяжесть с каждым новым его появлением.

Свою первую смену я провел по большей части в тоскливой курилке, попивая чай с «психотическими пациентами» и напряженно размышляя о том, что же я должен им говорить. Помню женщину, восстанавливающуюся после первого эпизода того, что

*Здесь — благотворительное учреждение при лечебнице, позволяющее пациентам трудиться и окупать свое пребывание или зарабатывать небольшие деньги. Аналогичные учреждения существовали при тюрьмах, но труд в них не был добровольным. — *Прим. перев.*

могло быть «биполярным расстройством», — ей было уже лучше, но она находилась в состоянии шока. Она жадно затянулась сигаретой и сообщила, что перед тем, как сюда попасть, она понятия не имела, что такие места вообще есть на свете.

«Я тоже», — заметил я про себя.

Самое широкое и простое объяснение термина «психоз» (хотя сам по себе он не слишком точен) говорит о потере связи с реальностью, ну или, во всяком случае, потере связи с тем, что воспринимается большинством людей как реальность.

Психоз сам по себе не считается болезнью, но может быть симптомом таковой. К примеру, он часто проявляется при деменции.

Многие из нас испытывали психотические симптомы в тот или иной момент жизни, мы могли даже специально искать их. Психоз — ожидаемый и желанный эффект легальных и нелегальных наркотических веществ. Если вы когда-то пробовали ЛСД и ваше восприятие реальности не исказилось, то вам стоит поискать нового дилера.

Важно, что то, что мы называем психозом, иногда является реакцией на сильный стресс или травму. Ниже мы вернемся к этой теме и обсудим, почему многим людям легче понимать психоз как некую психологическую адаптацию, как гиперчувствительный защитный механизм или как способ рассказать о пережитом, который мозг задействует в ответ на какие-то трагические события. В чем бы ни была причина, психоз обычно проявляется в галлюцинациях и бредовых идеях. Галлюцинациями врачи называют ложные нарушения восприятия: если, например, человек слышит голоса или видит что-то, чего не видят другие. Бредовые идеи — это

ложные (чаще всего) и странные убеждения, которые человек не подвергает сомнению и от которых не отказывается, даже если ему предоставляются неоспоримые опровержения. Вера Амита в то, что мы заражаем воду, которая поступает в его комнату, может быть описана как бредовая идея. Но также она может быть описана как естественная реакция на происходящее вокруг.

Большинство людей, у которых диагностировали шизофрению, испытывают такого рода искажение реальности. Часто — хотя и не во всех случаях — это мучительный опыт, который может провоцировать нетипичное поведение: логично, что человек хочет ориентироваться и выживать в своем искаженном, враждебном мире.

Психоз может быть характерным признаком так называемой шизофрении, но он ни в коем случает не составляет всю картину заболевания.

Другими симптомами могут быть: расстройства мышления, беспорядочная речь, бессмысленное поведение, сглаженные или неуместные эмоциональные реакции, нарушение внимания и социальная изоляция.

Все эти симптомы часто делят на продуктивные и негативные, что звучит немного странно. Конечно, никто не имеет в виду, что в продуктивных симптомах есть что-то хорошее, на самом деле так называют симптомы, которые добавляют что-то новое к сознанию человека. Галлюцинации и бредовые идеи, таким образом, являются продуктивными, в то время как социальная изоляция, апатия (отсутствие мотивации для выполнения необходимых, даже приятных, действий), косноязычие — негативные симптомы, с проявлением которых человек что-то теряет.

Профессор Элин Сакс, специалист по психическому здоровью, живущая с диагнозом «шизофрения», сказала как-то на популярной конференции *TED Talks*: «Разум шизофреника не расщеплен надвое, он раздроблен на множество кусочков»[5]. А еще психоз — на удивление распространенный феномен. Статистика, годами собиравшаяся по всему миру, гласит, шизофрения затрагивает каждого сотого человека, хотя распределение далеко не равномерное[6]. Психотические расстройства, в том числе так называемая шизофрения, чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. Процент также выше среди молодых людей и среди расовых и этнических меньшинств. Но и в рамках этих зависимостей есть огромное количество вариаций не только по заболевшим, но и по географическим локациям. Мы еще поговорим об этом.

———

Я упомянул, что вскоре после окончания учебы, когда началась моя карьера медбрата, я пытался написать роман. У Питера Кука* есть отличная цитата, емко отражающая мой опыт: «Я встретил на вечеринке одного мужчину. Он сказал: “Я пишу роман”. Я ответил: “Как интересно! Я тоже нет”».

И все же, девять лет спустя после того как я впервые сел за стол и вперил взгляд в пустую страницу, роман мой каким-то чудом был окончен и опубликован**. Многое может случиться за девять лет. Я покинул передовые отряды младшего медицинского персонала и стал работать над исследованиями в области

* Британский комедийный актер и сатирик. — *Прим. перев.*

** Да, нужно ли говорить, что написание романа показалось мне делом очень-очень сложным, и часто я вовсе его забрасывал. Эта проверенная годами тактика часто используется начинающими писателями, и я всецело ее одобряю.

психического здоровья в Бристольском университете. У меня появилась дочь, я женился и начал подумывать, не написать ли мне когда-нибудь вторую книгу (если, конечно, моя психика это выдержит). И тут на мою почту, которую можно было найти на новеньком сайте автора-дебютанта, посыпались письма.

Я никогда не встречал людей, которые мне писали, но все он прочли мой роман о юноше с «шизофренией». Они хотели поделиться своими историями — реальными историями — иногда потому, что их истории были так похожи на мою, вымышленную, иногда, наоборот, потому, что они были совершенно иными.

Я начал встречаться с множеством людей, вести с ними долгие разговоры и занимался этим все время, пока писал и рассказывал о психическом здоровье.

Некоторые из поведанных мне историй были печальны, другие дарили надежду. Очень редко в них была четкая завязка, кульминация и окончание — такая роскошь доступна обычно только писателям. В реальном мире странный феномен, который мы зовем психическим расстройством, почти всегда вызывает хаос и смятение: извлечь из всего этого смысл бывает весьма непросто, но это не значит, что пытаться не стоит. Нельзя недооценивать хрупкость психики каждого из нас. Всем нам пойдет на пользу честный разговор об этом.

Книга, которую вы держите в руках, — часть такого разговора.

Я хотел бы познакомить вас с несколькими людьми, которых я имел счастье встретить и узнать. Я расскажу вам их истории и после каждой буду приводить свои размышления о том, чему сказанное может нас научить и какие вопросы оно поднимает.

Мы коснемся таких важных тем, как стигма (и того, почему сегодняшние разговоры вокруг стигматизации могут навредить), диагноз (и того, почему психиатрическая диагностика стоит на глиняных ногах), причины «психических расстройств» (и того, почему никто не может с абсолютной уверенностью сказать, что знает, отчего «заболел» человек), бредовые идеи и галлюцинации (и как оба этих явления встречаются в нашей повседневной жизни), лекарственные препараты (включая все те, о которых не пишут в брошюрах для пациентов).

В дебатах, где стороны придерживаются все более полярных мнений, мы постараемся остаться непредвзятыми и открытыми всему.

Я надеюсь, что таким образом нам удастся развеять некоторые из самых опасных мифов и стереотипов, которые даже само слово «шизофрения» неизменно порождает, и прийти к какой-то ясности относительно своего и чужого психического здоровья.

Безумный Шляпник (из комикса про Бэтмена, а не из «Алисы в Стране чудес») однажды объяснил, что пытаться логически постигнуть сумасшествие — «это то же самое, что с фонарем искать темноту»[7]. Если на секунду забыть, что он суперзлодей и, пожалуй, не самый лучший пример человека с психическим расстройством, то в его словах есть смысл. Логика и научные исследования — которым мы, конечно, уделим много внимания — не могут рассказать нам всего. У того, что мы зовем «психическим расстройством», есть другая сторона, не поддающаяся статистическому анализу, закону вероятностей и кривым распределения. Даже если вы до точки изучите сложнейшие нейрохимические реакции, вы не узнаете о ней ничего.

Я говорю о людях. Об их историях.

Когда я сидел в той больничной курилке на самой своей первой рабочей смене, я боялся даже рот раскрыть. Я понятия не имел, что сказать, и это по случайному совпадению оказалось лучшей стратегией. Я слушал. Не всегда легко сразу найти подходящие слова, но всегда есть возможность быть частью разговора. Можно просто пройтись бок о бок с человеком, посидеть с ним рядом и выслушать

ЖУРНАЛИСТКА

БЕГЛЯНКА

Самая разыскиваемая преступница Великобритании, 29-летняя Эрика Кромптон, вышла на улицу. Она направилась в ближайший супермаркет — там она купила бутылку отбеливателя, которую намеревалась выпить.

Эрика ненадолго задержалась у газетного киоска, беглый взгляд на передовицы подтвердил худшие опасения. Газета, для которой она когда-то писала статьи, *Daily Mirror*, начала настоящую охоту за ней. Другие издания тоже пестрели заголовками о ее преступлениях. В списке ее злодеяний были: незаконное лишение свободы, сексуальные домогательства университетского друга, подозрение в убийстве юноши на вечеринке в одном из лондонских сквотов и участие в подготовке взрыва Канэри-Уорф* вскоре после 11 сентября. Были и другие преступления, слишком многочисленные, чтобы Эрика могла их припомнить. Ее двойная жизнь близилась к концу. Полиция была у нее на хвосте. Вертолеты кружили в ночном небе.

Вцепившись в бутылку отбеливателя, Эрика поспешила домой. Улицы были ей незнакомы. За по-

---

*Деловой квартал в Лондоне. — *Прим. перев.*

следние десять лет она не раз переезжала, редко оставалась на одной работе или квартире дольше пары месяцев. В основном она кружила вокруг Лондона, но несколько раз выбиралась в Нью-Йорк. Еще недавно она читала лекции в университете на юге Англии. Именно там все пошло наперекосяк, но об этом уже не было смысла думать. Прямо сейчас она шла по паршивому району в центре Бирмингема, стараясь не смотреть прохожим в глаза, потому что они прекрасно знали, кто она такая и что натворила. Гораздо более странно было то, что они знали, что она только собирается сделать. Они радовались. Слава богу, она наконец-то умрет.

Оказавшись в квартире, которую делила с другими жильцами, Эрика взяла кружку с кухни и заперлась в своей спальне.

Она наполнила кружку и выпила отбеливатель.

Семь лет спустя она прекрасно помнит горечь и вязкость жидкости.

Мы болтаем у Эрики дома, в Дерби. Мы в изящной гостиной, наполненной предметами искусства, на полу между нами стоит открытый винтажный чемоданчик: из него вываливаются вырезки множества статей и редакционных работ Эрики. Тут есть таблоиды, модные глянцевые журналы, странные фанатские магазины с плохо отпечатанными иллюстрациями и серьезные научные издания.

Эрике тяжело вспоминать тот вечер. «Просто сложно, — наконец выдает она, — сложно думать о той жуткой комнате и о соседях, которые ничего не знали. О семье, которая меня не поддержала».

УОЛТОНЫ И БОЛЬШАЯ КАТАСТРОФА

Эрика выросла в богатой и живописной деревне Актон-Трассел, недалеко от Стаффорда. Мать была домохозяйкой, отец продавал огнетушители. Эрика описывает свою юность как «идиллическую» — по крайней мере, так хотелось думать ее матери. Мама сама шила одежду на Эрику и младшую дочь. Она сшила им школьную форму. Она даже готовила джем, который мазался на цельнозерновой хлеб и давался детям с собой в школу. Эрика усмехается: «Я думаю, маме хотелось верить, что мы как Уолтоны»*. Родители Эрики росли в бедности, в социальном жилье, но теперь деньги не были проблемой. Бизнес по продаже огнетушителей шел просто прекрасно. Во времена Тэтчер семья богатела, быстро карабкаясь по социальной лестнице. Я спрашиваю Эрику, кажется ли ей, что у нее было типичное детство ребенка из среднего класса, на что она качает головой и говорит, что они скорее были «нуворишами».

Она вспоминает, как в восемь лет, перед тем как пойти в среднюю школу, она умоляла родителей отправить ее в частное учебное заведение. Эрика была поразительно настойчива: она припоминает, как говорила с родителями друзей и как те удивлялись, насколько важным этому ребенку кажется получить лучшее доступное образование. Все закончилось тем, что ее послали в государственную школу, а отец ку-

---

*«Уолтоны» — популярный американский сериал, выходивший в 1970-е и 1980-е годы. Главные герои — хорошая семья, сталкивающаяся с различными сложностями во времена Великой депрессии и Второй мировой войны. Президент США Джордж Буш-старший как-то сказал: «Мы будем продолжать стараться укрепить американскую семью, чтобы сделать ее куда больше похожей на Уолтонов и много меньше похожей на Симпсонов». — *Прим. перев.*

пил себе *BMW*. Много лет спустя, в рамках того, что Эрика называла «Проект “Папочка”», она узнала точные цены на частное образование и на тот *BMW*.

Несмотря на разочарование, Эрика преуспевала и в своей школе. Она была симпатична, популярна и амбициозна. Она стала журналистом-волонтером новостной службы *BBC*, писала пьесы и радиопередачи, которые затем разыгрывала с друзьями. А еще она была слегка эксцентрична. «Я выдумывала всякое. Я могла пойти к директору, сказать что-нибудь вроде: “А вы знали, что сегодня всемирный день пиццы?” — и убедить его заказать всем пиццу». Она основала собственную спортивную секцию — другие ученики в нее даже ходили. Эрика постоянно придумывала изощренные схемы — когда она рассказывает об этом, использует термин прямиком из учебника психиатрии: скачка идей. Это словосочетание часто ассоциируется с так называемыми маниакальными расстройствами, фазами биполярного расстройства. Оно описывает чрезвычайное ускорение мышления, резкую смену одной идеи на другую.

Конечно же, это может быть совершенно нормальной чертой энергичного, умного и любопытного ребенка. Я останавливаюсь на этом только потому, что Эрика говорит потом: «Меня никогда не травили за то, что я как-то отличаюсь от остальных. Но я отличалась».

«Твой папа сделал кое-что очень плохое, — сказала мать Эрике, — это не твоя вина».

Эрике тогда было одиннадцать лет, и она пряталась в уборной. Она слушала, как мать кричит отцу, чтобы тот оставил их в покое. «Дети спят! Дети уже спят!»

За ним захлопнулась входная дверь.

«Что-то очень плохое», по выражению матери Эрики, заключалось в том, что у отца был роман. Затем последовал жестокий и исполненный ядом с обеих сторон развод, а Эрика и ее сестра оказались в самом центре этого кошмара. Сестра отреагировала на травмирующие события по-своему: замкнулась в себе, сидела в своей комнате целыми днями и ни с кем не разговаривала.

Именно Эрику мать начала посвящать в свои тревоги и переживания. Она начала много пить и могла разбудить Эрику поздно ночью, пьяная, и начать говорить о том, какая же скотина ее отец. Это было ужасное время. Конец Уолтонов и начало того, что Эрика теперь зовет большой катастрофой.

Не получая больше любви и заботы дома, Эрика стала срываться в школе, ее поведение ухудшилось. К двенадцати годам она часто прогуливала и ездила с друзьями за город, где они курили марихуану и напивались до потери памяти. В четырнадцать или пятнадцать Эрика начала ходить в клубы и принимать тяжелые наркотики. Было много амфетамина, таблеток «Розового шампанского» по пять евро, которые она глотала или нюхала. Эрика теряла себя. Однажды она вышла с занятия театрального кружка, чтобы покурить в туалете, и попыталась устроить пожар. Туалетная бумага свисала из пластикового кожуха, и Эрика подожгла ее. Ей было скучно, ей было страшно и ей было наплевать. Детские амбиции растворились в воздухе. Когда Эрика окончила школу с четырьмя тройками в аттестате, все, чего она хотела, — работать уборщицей, покупать красивые платья и ходить в клубы.

Я интересуюсь, как родители отнеслись ко всему этому. Эрика отвечает лаконично: «Мама старалась, но нельзя воспитывать детей, когда ты все время пьян».

Отец, который жил теперь со своей новой пассией, старался как-то исправить ситуацию. Есть некоторая ирония в том, что он подкупил Эрику машиной: сказал, что если она пойдет в колледж, то он купит ей черный *Fiat Uno* с литыми дисками. Она поступила в местный колледж, чтобы изучать дизайн одежды. Эрике показалось, что это будет самое простое направление. Оказалось, что у нее талант. Но ее ментальное состояние оставалось прежним, она все время ходила по краю. Она вспоминает один день в колледже, был урок иллюстрации. Эрика только вернулась в аудиторию после перекура, села на свое место и разразилась рыданиями. Громко, безутешно и без остановки она плакала, наверное, с полчаса, и никто не мог ничего поделать. Профессору ничего не оставалось, кроме как отправить Эрику домой. По сей день она понятия не имеет, что на нее нашло. Тогда же, в колледже, после разрыва с бойфрендом Эрика начала злоупотреблять слабительными. О себе в тот период она говорит как о «высокофункциональной булимичке».

Несмотря на все это, она хорошо училась и через пару лет успешно прошла отбор в Миддлсекский университет, чтобы дальше изучать моду. На собеседование она пришла в платье, которое сшила сама. Эрика переехала в Лондон, в крохотную квартирку в районе Бетнал-Грин. Квартира была отделана в стиле шестидесятых, завершал образ оранжевый ламинат. Эрика обожала свое новое жилье. Она купила винтажные кресла с павлиньим узором и повесила на стену репродукцию Третчикова. Ей нравилась соседка и нравилось учиться. Она обустраивалась в новом доме. Наконец-то Большая Катастрофа осталась позади. А потом все резко стало хуже.

ПЕРЕРОЖДЕНИЕ

Сейчас уже все как в тумане, но дело обстояло примерно так. Эрика сидела в студенческом баре и чувствовала себя довольно паршиво. Она волновалась из-за алкоголизма матери и из-за того, что теперь, когда она в Лондоне, матери некому помогать. Она волновалась, что отец делает недостаточно для бывшей жены. Она волновалась, что она не такая худая, как некоторые девушки на ее курсе. Она волновалась потому, что ее соседка хочет съехать и найти другую квартиру на трех человек. Она нервничала из-за того, что не понимала, почему так нервничает. Ко всему прочему, она не могла разобраться со своей сексуальной жизнью. Наверное, она выглядела подавленной, потому что кто-то подошел и постарался утешить ее.

Это была девушка с курса Эрики, но близко знакомы они не были. Девушка была из Южной Кореи, и Эрика ею восхищалась, потому что та всегда выглядела спокойной и уверенной в себе. Эрику тронуло, что такая чудесная девушка уделяет ей время — спрашивает, все ли хорошо, пытается приободрить. Она уже казалась ей ангелом, когда внезапно сказала: «Ты увидишь светлую сторону».

Всю следующую неделю Эрика ела только овсяные сухарики. Она никому об этом не говорила, но была твердо уверена, что ей нужно «переродиться», чтобы «увидеть свет», — этот процесс сложно сплелся с и так непростым отношением Эрики к еде. Поедая овсяные сухарики, она рассчитывала воссоединиться со своим внутренним ребенком. Но ничего не произошло, так что Эрика решила, что пора подняться на уровень выше. Она перестала есть вообще, чтобы достигнуть альтернативного состояния сознания и постичь Бога. Следующие семь месяцев она ела, только

чтобы не умереть с голода. Ржаной хлебец на завтрак, низкокалорийный суп с половиной луковицы на обед. Эрике все еще казалось, что это слишком много, поэтому она снова начала принимать слабительные, иногда по целой упаковке за раз. Она стала похожа на скелет, у нее прекратились менструации и она постоянно подхватывала разные вирусы и инфекции. Както ночью Эрика пошла с друзьями в клуб и приняла экстази. Она вышла на улицу покурить, ее заметил охранник, который сказал, что ей нужно срочно найти своих друзей и ехать домой, видимо, Эрика выглядела как-то странно. Она помнит только ощущение полной потерянности в огромном мире. На следующий день она проснулась в полной уверенности, что совершила ужасное преступление и что полиция гонится за ней.

НЕУЛОВИМЫЙ АРОМАТ

Так Эрика стала беглянкой. Примерно в то же время она начала работать в британской широкополосной газете.

Она училась на втором курсе и договорилась о должности в отделе моды в этом издании. По большей части работа была лакейской. Подбор одежды для фотосессий и ее упаковка, когда нужно вернуть все поставщикам. Другие студенты не хотели заниматься ручным трудом, им хотелось писать статьи. Но Эрика не возражала. К этому времени она решила, что хочет стать модным ассистентом, и этот путь в профессию выглядел не хуже других. После двухнедельного испытательного срока ей предложили работу на один день в неделю. Эрика говорит, что ее называли «Пятничной девочкой». Взамен на ее услуги издание оплачивало проездной на неделю.

Эрика нравилась новым коллегам. Она усердно работала и была общительна. А еще она стильно одевалась, была привлекательна, худа как прутик и более чем готова тусоваться ночи напролет. Эрика была будто создана для этого мира. «У мира моды своя разновидность булимии, — говорит мне Эрика, — он вцепляется мертвой хваткой во все юное и новое, а когда ты становишься старше, он выплевывает тебя».

К этому времени Эрика жила в южной части Лондона в доме с парой третьекурсниц. Однажды вечером Эрика не смогла попасть домой — она все время теряла ключи и кредитки. Обе ее соседки куда-то уехали, поэтому Эрика засела в баре по соседству, потягивая «Гиннесс», который она считала за еду. В ту ночь она выпила очень много, и, когда ее выкинули из бара (он закрывался), ей вдруг стало ужасно страшно. Эрика до сих под думает, что в какой-то мере страх ее был оправдан. Район, в котором она жила, был известен высокой преступной статистикой, его называли «милей убийц». Эрика разбила кухонное окно, чтобы попасть в дом. Когда соседка вернулась и увидела осколки, она накричала на Эрику: «То есть ты теперь не только анорексичка, но и алкоголичка», а потом расплакалась. Дружба была окончена, и Эрике пришлось съехать.

Хотя бы в редакции газеты она чувствовала себя на месте. Чувствовала себя в безопасности. «Вообще, это, конечно, был бассейн с акулами», — смеется Эрика. Ее повысили до позиции модного ассистента, теперь она была приставлена к выпускающему редактору отдела. Работа становилась жизнью Эрики, и она решила бросить университет.

Она по-прежнему не получала профессиональной помощи в связи с расстройством пищевого по-

ведения и странными идеями. Никто из ее знакомых не предполагал, что она нуждается в такой помощи. «Я иногда думаю, как бы все повернулось, если что-то подобное случилось бы сегодня? — делится Эрика. — Если бы люди предложили помощь? Но я не делилась ни с кем своими мыслями. Я не думала, что мысли могут быть признаком нездоровья». Тем не менее она решила, что должна попробовать набрать немного веса. На нижней отметке он составлял не больше 35 кг. Ей удалось увеличить вес до 45 кг, но она знала, что при ее росте (170 см) нужно набрать еще. Стратегия Эрики заключалась в курении марихуаны: «Чтобы расслабиться на работе и улучшить аппетит». Както она купила «косяк» на Лондонском мосту и пошла к дому в Кэтфорде, где жила в то время, выкурила марихуану в садике, зашла домой и легла на кровать. И тут люди начали на нее смотреть. Ее друзья и коллеги. Все они могли наблюдать за ней и знали, что она делает в своей спальне.

И что же она делала?

«Я моргала. Они следили, как я моргаю. Можно ли мне моргнуть? Закрыть глаза или держать открытыми? Люди смеялись надо мной, издевались. Я моргала неправильно».

На следующую ночь повторилось то же.

Конечно, Эрика не первый человек в мире, который почувствовал себя странно после принятия наркотика. Проблема заключалось в том, что все более странные вещи стали происходить в ее жизни, даже когда она ничего не принимала. Примерно в это время она сдружилась с группой сквоттеров и стала ходить на их вечеринки. На одной из них Эрика обронила ключи и вернулась на следующий день, чтобы их забрать. Друзья почему-то ужасно долго не открывали дверь, а потом, когда она все-таки смогла вой-

ти, показали ей арт-проект, над которым работали. Черно-белые фотографии плачущих людей. На одной был мужчина. Он плакал, свернувшись голышом на полу. Это имело смысл. Ей показали фото, потому что Эрика сделала что-то ужасное на вечеринке, и так друзья давали ей понять, как она должна себя чувствовать.

А еще примерно в то же время, после случайной ночи, проведенной с парнем, которого Эрика встретила на открытии галереи в Брик-Лейн, она решила поставить себе спираль. Только это была не обычная спираль. Когда Эрика уже шла из клиники сексуального здоровья, она поняла — в ее матку установили скрытую камеру. Это тоже звучало абсолютно логично. *MI*5* следили за ней.

———

Здесь я прерываю Эрику, чтобы кое-что у нее уточнить. Мне приходит на ум, что у этих двух идей должна быть совершенно разная природа. С одной стороны, мы имеем что-то абстрактное, почти наваждение: мысль о том, что фотография плачущего мужчины — намек на то, как она должна себя чувствовать. С другой стороны — по крайней мере, в моей голове это выглядит так — конкретное и твердое убеждение, что спираль — это шпионское оборудование, помещенное в матку Эрики агентами *MI*5, чтобы следить за ее передвижениями. Во второй идее нет ничего абстрактного. Это не легкая паранойя, сосредоточенная на том, что могут подумать о нас люди. Спираль была на своем месте. Она либо была камерой *MI*5, либо нет.

---

* *MI*5 — ведомство британской контрразведки. Читатель может помнить, что Джеймс Бонд был агентом похожего ведомства — *MI*6 (секретной разведывательной службы). — *Прим. перев.*

Я останавливаюсь на этом, потому что хочу понять, как такие абсурдные идеи появляются у человека и отличаются ли от более «рациональных».

Мы часто сомневаемся и проверяем ту информацию, что поступает к нам из «реального мира» (назовем его так для простоты). К примеру, если мы смотрим реалити-шоу, то можем прийти к выводу, что увиденное произошло на самом деле (и не было прописано сценарием), но также мы можем усомниться в некоторых элементах истории или даже счесть историю полностью выдуманной. Наше понимание мира, естественным образом, является следствием нашего опыта, но мы также способны сомневаться в истинности своего опыта и менять представления о мире, если получаем новые, меняющие картину свидетельства. Я хочу понять, насколько имманентна природа наиболее странных убеждений Эрики, почему она ни капли не усомнилась в них?

Короче говоря, я пытаюсь спросить у Эрики: насколько она была уверена в том, что ее спираль — шпионская камера?

Эрика прикуривает сигарету и задумывается. Мы переместились в сад, чтобы выпить чаю и посидеть на еще не слишком теплом весеннем солнце. «Я не могла быть так уж уверена, — заключает она. — Потому что если бы я была уверена, то, наверное, паниковала бы больше. Это вроде как происходило волнами. Я не всегда думала, что это правда. Это что-то вроде, — Эрика останавливается и принюхивается к воздуху, — что-то вроде неуловимого аромата. Что-то в этом роде. Начинаешь чувствовать ни с того ни с сего. Только не запах, а мысль».

Эрика приводит пример. Однажды утром она направлялась в офис издания, тогда он был в Канэри-Уорф. По дороге она встретила новостных агентов и краем глаза увидела копию журнала *SLEAZENATION* и заголовок: «Нам нужна революция!» Этого оказывается достаточно, чтобы Эрика что-то почувствовала. Она думает о сквоттерах, с которыми последнее время тусовалась. Возможно, они не те, кем кажутся. Они все причастны к миру искусства. Этот заголовок может быть тайным посланием. Дело происходило немногим позже 11 сентября, и Эрика решает, что ее друзья просят ее взорвать Канэри-Уорф. Они хотят революции, а она идеально подходит на роль минера: знакома с ними, но близка к миру корпораций. Эрика добирается до своего кабинета, открывает блокнот, берет ручку с большим пером сверху и пытается одолеть список дел на сегодня — достать пленку из холодильника, сделать подписи к последней фотосессии, забрать одежду для новой съемки, прибраться в шкафу, — но руки трясутся, потому что ее принуждают сделать что-то кошмарное, что-то, чего она совершенно не хочет делать.

Я нахожу, что способность Эрики пережить все это, не получая никакой помощи, превосходит любые, даже самые смелые ожидания. Впервые за время нашего разговора я использую медицинский термин. Я говорю, как поразительно, что она умудрялась вести нормальную жизнь, даже строить карьеру, с таким выраженным психозом.

Мы молчим какое-то время. Затем Эрика произносит кое-что удивительное для меня: «Приятно слышать. Я не особенно много говорю о том времени. Прошлое остается за скобками, когда я встречаюсь с терапевтом, потому что мы больше уделяем внимание проблемам сегодняшнего дня. Приятно знать

наверняка, что это был психоз, потому что иногда, знаешь, я все еще думаю — вдруг я правда все это сотворила».

НЕЗДОРОВЫЕ МЫСЛИ

Эрика проработала в редакции полтора года, после этого ее отношения с начальством разладились. Ей было все сложнее концентрироваться, она слишком часто ошибалась. Эрика вспоминает, как ей объявили выговор за то, что сорочки, которые она выбрала для «викторианской» фотосессии, оказались недостаточно викторианскими. Она помнит также, как ее редактор говорит по телефону: «Я не могу больше ее выносить». Эрика знала, что сказанное относится к ней, и стала планировать путь отступления.

Прекрасным солнечным днем Эрика взобралась на поросший травой холм в парке, где-то на юго-востоке Лондона. Она хотела полюбоваться видом и подумать о будущем.

Ей было двадцать три года. Эрика открыла блокнот и начала записывать свои цели. Среди них: «Путешествовать, стать волонтером для благотворительности, закончить бакалавриат и получить степень магистра». Она смеется: «Там были и всякие глупости тоже… завести мальтийскую болонку, выйти замуж за рэпера».

Музыка — и в особенность хип-хоп — была важной частью жизни Эрики. Отчасти поэтому она добавила в свой список «жить и работать в Нью-Йорке». Огромная часть ее любимой музыки происходила оттуда. Еще Нью-Йорк был далеко — это утешало. Через три месяца после составления списка Эрика сидела в самолете. Я задаюсь вопросом: стремилась

ли Эрика куда-то на самом деле или просто бежала от прошлого? Она считает, что и то, и другое. Ко времени переезда она обратилась за профессиональной помощью со своим расстройством пищевого поведения, но все еще ни с кем не говорила о странных и пугающих мыслях, что иногда приходили ей в голову. Эрика поняла для себя, что ее проблемы с едой связаны с алкоголизмом матери, и потому решила поселиться как можно дальше от дома.

Прибыв в Нью-Йорк, Эрика нашла дешевый хостел в Испанском Гарлеме — в основном соседями ее были безработные актеры, бегающие по кастингам в перерывах между сменами в «Бургер Кинг» и лелеющие надежду на большой прорыв.

Эрика тоже была безработной. Перед вылетом она отправила резюме редактору модного журнала, но ответа не последовало. Теперь она написала снова: «Я здесь!»

Когда она оглядывается назад, ей кажется, что редактор просто пожалел бедную девочку, прилетевшую аж из Англии. В журнале не было открытых должностей, но Эрику устроили работать в офис фотоагентства.

И тут вещи вдруг стали становиться мягкими, пластичными. Эрика вспоминает один случай с коллегами. Они все собирались зайти в лифт, но Эрика не могла заставить себя переступить порог. Пол в лифте каким-то образом размягчился, как глина, и она понимала, что, если войдет, тот тут же провалится прямо в шахту. Она в ужасе вцепилась в коллег, так и не дав никому зайти.

А потом мягким стало все, включая ее собственное тело. Эрика чувствовала, как оно скручивается и тянется. Она отнесла странные ощущение на счет

духовного откровения и измененного состояния сознания.

Обратно в Англию ее привели куда более бытовые заботы. Зарплата Эрики составляла чуть больше 50 долларов в неделю, она превысила свой кредитный лимит, а ее рабочая виза истекала, то есть если бы она осталась, то ей пришлось бы работать нелегально. Она боялась остаться на мели, без денег даже на билет домой.

Итак, через пару месяцев после перелета Нью-Йорк, Эрика сидела без копейки в Кастлтоне, в доме со своей матерью и сестрой.

Послания и символы теперь окружали ее постоянно. Песня по радио — *Sweet Dreams my LA Ex* — была весточкой от лондонских сквоттеров: «Спи крепко, пожирательница слабительного. Скоро ты будешь в тюрьме». Дежурный звонок от старой университетской подружки значил, что Эрика пыталась ее домогаться. Подруга не говорила напрямую, а Эрика не помнила ничего подобного, но она стала просто одержима этой идеей — заказывала банковские выписки пятилетней давности, чтобы отследить свои передвижения. Она не спала ночами, проглядывая статьи, написанные ее многочисленными редакторами, выискивая метафоры и скрытые послания, из которых стало бы понятно, что она натворила и кто еще об этом знает.

Эрика начала готовиться к тюрьме. Она купила костюм для суда. Отрастила волосы. Она старалась выглядеть как можно более юной и хорошенькой, чтобы никто не поверил в ее виновность.

В то же время она продолжала работать. Она начала проходить онлайн-курс для писателей. Но если экран ее компьютера вдруг моргал, то потому, что кто-

то пытался его взломать. Чтобы расплатиться с долгами, Эрика стала работать в приемной медицинского центра. Однажды утром туда пришел рабочий и под предлогом починки факса установил жучки и камеры. У Эрики случилась истерика, она разрыдалась и стала рассказывать коллегам, что ее подставили, что за ней скоро придут. Ей сказали взять выходной. Затем ее уволили за «грубые нарушения».

Было около трех часов ночи, когда мать Эрики нашла ее шарящей под кроватью в поисках шпионского оборудования.

Больше не в силах сама бороться со страхами, Эрика все рассказала матери, и та убедила ее пойти к врачу. В комнате ожидания было только одно окно, высокое и забранное решеткой — явный признак того, что если она расскажет правду, то ее здесь запрут.

Раздавленная и мучимая мыслями о самоубийстве, Эрика все равно сказала врачу правду. Он прописал ей снотворное и направил на прием к психиатру.

Сейчас Эрике уже несложно говорить о своем психическом расстройстве. Она много писала о своем опыте болезни, в том числе для национальной прессы. Она прочитала множество лекций и провела не одно групповое занятие. Психоз для нее — не такое уж страшное слово. Оно даже может быть в какой-то степени утешением.

Но все было по-другому, когда она впервые с ним столкнулась.

Эрике понравился психиатр. Она помнит, что он открыто говорил об ее «ложных убеждениях». Впервые с тех пор, как весь мир оказался против нее, Эрика рассматривала идею о том, что мысли человека могут стать «неправильными», как она выражается.

До этого момента Эрика воспринимала свой разум как некую духовную сущность, но разговоры с психиатром подтолкнули ее к заключению, что с ее мозгом что-то не так.

Психиатр перенаправил Эрику к команде специалистов и выписал лекарство, которое, как он объяснил, должно помочь со странными мыслями. В то время он не стал ставить Эрике конкретный диагноз. Но слово «психоз» все же оказалось в медицинской карте Эрики — об этом она узнает через несколько недель во время рутинных обследований.

ПЛАТЬЕ В ОГНЕ

Эрика была в полном замешательстве. Медсестра, проводившая обследование, спросила о том, как давно у Эрики стоит контрацептивная спираль. Но Эрика никогда не ставила спираль. Она была абсолютно уверена. Она бы помнила.

Эрика заспорила с медсестрой, которая, в свою очередь, настаивала на том, что спираль у Эрики все же была, — сестра смотрела на нее своими глазами.

Это была та же спираль, про которую пару лет назад Эрика думала, что это шпионская камера. Теперь она забыла об ее существовании. Сестра открыла медицинскую карту на компьютере. Эрика взглянула на экран — тут-то она и увидела это.

«У меня психоз?» — спросила она.

Сестра бросила взгляд на записи и проговорила: «Похоже на то».

Эрика сравнивает то ощущение с чувством, как будто ее одежда вдруг вспыхнула. «Как будто на мне было что-то очень опасное, — объясняет она. — Я читала статьи про людей с психозом, которые убивали

своих детей. Это все, что пришло мне тогда в голову. И я подумала: если у меня будут дети, я могу их убить. Если я скажу кому-нибудь правду о своей болезни, они будут меня бояться. И я чувствовала, как на мне тлеет платье. Я была ужасно напугана. Я решила, что могу принести людям реальный вред».

Не одна Эрика была подвержена таким страхам. Очередным испытанием оказалось то, что ее сестра и мать тоже боялись скорее ее, чем за нее. Эрика помнит, как сестра назвала ее фриком. Мать выставила Эрику из дома. Вскоре она позвала ее обратно, но Эрика не чувствовала, что ее действительно хотят там видеть. Сейчас, после долгих размышлений, она понимает, что родственники были подвержены тем же заблуждениям, что и она сама.

Она снова произносит слово, которым описывала свою семью в начала: нувориши. «У нас был большой дом, но не было хорошего образования, не было особой культуры. Мама никогда не пошла бы смотреть в интернете статьи о психозе, не взяла бы книгу, чтобы узнать больше о нем. Это было скорее так: мы знаем, что это, и мы знаем — это опасно».

ШИЗОФРЕНИЯ (В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ)

Теперь, когда Эрика стала принимать небольшие дозы антипсихотических лекарств, она стала подвергать сомнению свои идеи. Возможно, она никого не домогалась, не была террористкой и убийцей. *MI*5 не отслеживала каждый ее шаг. Теперь ей лучше спалось по ночам.

Но отношения с матерью и сестрой все еще не ладились. Эрика ненадолго съездила в Нью-Йорк, прежде чем снова поселиться в Лондоне. Впрочем,

«поселилась» — не совсем то слово. Эрика продолжала с головокружительной скоростью менять работу и места жительства — такова, по ее словам, была природа зверя.

Зверя по имени Шизофрения.

Психиатр, к которому Эрика ходила в Лондоне, наконец поставил ей диагноз. Он уточнил — в легкой форме. Несмотря на травлю и социальную изоляцию, Эрика к этому времени получила образование журналиста в Лондонском колледже коммуникаций. Она писала статьи, и ей за это платили. Она исправно платила за аренду. Также у нее были романтические отношения, хотя у ее партнера были проблемы с принятием ее диагноза — его расстраивало, какой замкнутой стала Эрика. Она редко выбиралась на улицу, вечера проводила дома, читая о шизофрении в интернете.

Она втайне зарегистрировалась на анонимном форуме и написала: «У меня шизофрения. Есть тут еще кто-то с таким диагнозом? Поговорите со мной, пожалуйста».

Она была шокирована и опечалена некоторыми из историй, что ей довелось прочитать: жестокость, сексуальное насилие, в том числе над детьми. «Это помогло посмотреть на мою жизнь с другого угла», — говорит она мне. Он также рассказывает, как пришла однажды на прием к психиатру и встретила в приемной мужчину. «У него все лицо было в сигаретных ожогах. Он ходил от стены к стене в этом маленьком закрытом пространстве и прижигал лицо сигаретой. А я переживала из-за травли на работе и легкой шизофрении. Помогает увидеть масштаб».

У Эрики был друг с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), и, чтобы ему помочь, она нашла группу поддержки для людей с психическими заболеваниями. Она и сама стала частенько сидеть

с группой в кафе в районе Куинс-Парк. Эрика нашла здесь много друзей. Теперь ей давали интересную работу внештатного автора: она писала колонки для пары газет и курировала проект для четвертого канала (*Channel 4*). Иногда она писала о своей жизни с диагнозом. Эрика встретила нового бойфренда, влюбилась, путешествовала. Несколько лет казалось, что жизнь снова наладилась. А еще она читала работы Рональда Дэвида Лэйнга* и, подбадриваемая друзьями из группы поддержки, решила перестать принимать лекарства.

Эрика чувствовала себя превосходно. Даже лучше, чем превосходно. Она начала чувствовать что-то «противоположное паранойе». Весь мир был на ее стороне. Она стала кем-то вроде волшебника, шамана, супергероя. Она рассталась со своим парнем, но сохранила дружеские отношения с ним, и это тоже казалось лучшим исходом из возможных.

Двадцатидевятилетняя Эрика рассматривала варианты развития своей карьеры. На горизонте появилась заманчивая должность — нужно было преподавать журналистам, пишущим о моде. Это означало новый переезд, на этот раз к южному побережью. На собеседовании Эрика показала презентацию о том, что она «модный журналист, но на самом деле шарлатанка», основываясь на том факте, что даже за статью, размещенную на передовице американского *Nylon Magazine*, ей заплатили всего 30 долларов. Она хотела рассказывать о сложностях жизни журналиста «на вольных хлебах» своим студентам.

---

*Рональд Дэвид Лэйнг (1927–1989) — шотландский психиатр, ярый противник некоторых методов психиатрии, в том числе в области лечения шизофрении. Считал шизофрению понятием идеологическим, навязывающим пациенту пассивную роль относительно врача. — *Прим. перев.*

Ее потенциальные работодатели были в восторге. Она получила должность.

Через пару месяцев все покатилось под откос. Обиженный студент нашел статью, которую Эрика писала для интернет-издания *Mirror*, в ней рассказывалось о жизни с психозом. Вскоре статья разлетелась по всему «Фейсбуку». Все читали о проблемах Эрики.

«Надо мной смеялись все кому не лень, — рассказывает Эрика, — я стала ходячим посмешищем».

Ей и так приходилось нелегко, некоторые аспекты новой работы оказались тяжелее, чем она предполагала. Утренние лекции по четвергам стали настоящим испытанием: Эрике нужно было больше часа рассказывать аудитории в 140 человек о том, что не входило в ее компетенции. Она называла эти дни «анорексичными четвергами»: из-за переживаний она снова активно теряла вес. Она выглядела изможденной, и в голову приходили мысли о суициде. «Я была преподавателем, которого травят собственные студенты. В такой ситуации остается только молиться. Я становилась на колени и умоляла. Пожалуйста, просто дай мне умереть».

Она вела семинар, когда ректор постучал в дверь кабинета. «Вам нужно пройти со мной в отдел кадров. Прямо сейчас».

Проблема, как ей объяснили, заключалась в том, что при устройстве на работу она не упомянула о своем психическом расстройстве. Она также не упомянула, что в прошлом ее увольняли с работы. Все доказательства были написаны черным по белому — в ее собственной статье описывалось, как она работала в приемной медицинского центра, как боялась, что внутри факса стоит шпионское устройство, и как ее с позором выгнали. Эри-

ку спросили, может ли она что-то сказать в свое оправдание. И она сказала. Сказала, что раньше она принимала лекарства, но потом поняла, что шизофрении не существует, и перестала. Сказала, что у нее нет никакого психического расстройства. И: «На самом деле у меня суперспособности. Я как шаман своего рода».

Начальник Эрики объяснил: руководству кажется, что Эрика не справляется с тем скандалом, который разгорелся в социальных сетях, и что они не хотят подвергать Эрику еще большему давлению.

Когда она забирала вещи из кабинета, коллеги избегали смотреть ей в глаза. Раздавленную, ее проводили до выхода.

ВЯЗКОСТЬ И ГОРЕЧЬ

Эрика смеется и качает головой: «Моя новая квартира была такой крохотной, что можно было одновременно сидеть на горшке и варить пасту».

Она отказалась признать поражение и начала поиски новой работы. Так она и оказалась в дурном районе Бирмингема, на полставки подрабатывая пиарщиком для музыкальной группы и пытаясь закончить статью для *Vice Magazine*. К этому времени мысли совершенно выходили из-под контроля. Возвращались старые страхи — о страшных преступлениях и побеге. Эрика попыталась назначить прием у врача. Она уже несколько месяцев не принимала антипсихотические препараты, но редкое событие — визит отца — подтолкнуло ее к решению попробовать снова. Она пошла в ближайшую клинику, но там было так много желающих попасть к врачу, что Эрике не удалось записаться.

Тогда-то и началась травля со страниц *Daily Mirror*. Эрика стала самой разыскиваемой преступницей Великобритании. Террористические группировки жаждали мести. Все книги в местном магазинчике были о ней, о ее больной, расшатывающей устои семье.

Она была угрозой для окружающих и боялась за свою жизнь.

Ей оставалось только одно. Опустив голову, чтобы никто ее не узнал, Эрика прошла короткий путь от квартиры до супермаркета. «Я думала, что лучше выпить отбеливатель, потому что потом уже не смогу ничего с этим сделать», — объясняет она.

Впервые за время нашего разговора на глаза Эрики наворачиваются слезы. Ей больно говорить об этом, и ее боль передается мне.

Если тем вечером произошло хоть что-то хорошее, то это был тот лучик света, что на минуту промелькнул во тьме мыслей Эрики.

Он не показывался, пока Эрика не опустошила половину кружки отбеливателя. Ее стошнило, затем она выпила остальное и села на кровать в ожидании конца. Но именно в эту минуту Эрике пришло в голову, что в мире есть люди, готовые помогать даже закоренелым преступникам. Ей было всего 29. Люди меняются, существует реабилитация. Может быть, еще есть надежда — даже для такого ужасного человека, как она.

Эрика поднялась, дошла до общего телефона, стоящего в коридоре, и, уже чувствуя жжение в глотке, набрала 999.

В отделении неотложной помощи Эрике сделали рентген, чтобы проверить, не беременна ли она (отбеливатель определенно мог бы навредить плоду). Ей

поставили капельницу с обезболивающим, велели пить молоко. Эрике повезло, что она не успела нанести себе непоправимого вреда.

Примерно двенадцать часов спустя, в шесть утра, ей захотелось выкурить сигарету. Она слишком боялась заговорить с кем-то, поэтому решила просто выйти на улицу и поискать окурок.

Эрика стояла у дверей и глубоко дышала, пытаясь подготовиться к встрече с десятками кричащих журналистов. Она знала, что они будут ждать снаружи с камерами и микрофонами, все захотят взглянуть на нее — пойманную преступницу. Она открыла дверь и вышла в тишину раннего утра. Она огляделась по сторонам. Происходящее было лишено всякого смысла.

Когда состояние Эрики улучшилось настолько, что она смогла покинуть отделение неотложной помощи, ее посадили в инвалидную коляску, укрыли ее ноги пледом и вкатили ее прямиком в скорую для транспортировки.

Эрика понятия не имела, куда ее везут.

Они проехали через весь город и остановились у здания из красного кирпича. Эрику завели внутрь. Первое ее впечатление — в коридоре пахло мочой. Первый встреченный человек — пожилая женщина с гниющими зубами. Она спросила, что Эрика здесь делает. Та ответила, что она самая разыскиваемая преступница в стране, и женщина разразилась хохотом.

Всю неделю Эрика провела в психиатрической лечебнице.

Она часто звонила отцу, умоляла приехать и забрать ее домой, говорила, что чувствует себя здесь как в тюрьме, что не сможет этого вынести.

Когда ее выписали, восстановив режим приема антипсихотических лекарств, она на время осталась пожить с отцом и его подругой. Специалисты группы, которые наблюдали за ней раньше, пришли навестить ее, Эрика вынудила их отдать ее медицинскую карту. Она хотела понять, что с ней происходит. Она также хотела подтверждения своего диагноза. Больше никакого «в легкой форме». Ей сказали, что она страдает параноидальной шизофренией.

Это был сокрушительный удар. Эрике казалось, что ее жизни пришел конец. У нее никогда больше не будет парня, она не сможет работать. Ее отец говорил о том, что можно сделать пристройку к его дому, чтобы Эрика могла жить там на пособие, а он бы за ней приглядывал.

Так рисовалось ее будущее. Это был конец всему.

Если странные и параноидальные мысли и были важной особенностью личности Эрики, то не менее важно было и ее упорство.

Она осталась в отцовском доме где-то на месяц, затем снова стала жить самостоятельно. Следующие семь лет она работала (и достигала успехов) в качестве журналиста и редактора.

Сегодня мы едим пиццу в ее кухне, и Эрика показывает мне статью, которую пять лет назад написала для *Daily Mail*. В статье рассказывается о сайтах и приложениях для знакомств для людей с психическими расстройствами. К статье прилагается крупная фотография Эрики с подписью: «Одинокая писательница. 31 год, хорошее чувство юмора, шизофрения, хочет познакомиться с подходящим мужчиной».

Вскоре после написания этой статьи Эрика встретила свою вторую половинку. Они вместе были во-

лонтерами в благотворительной организации — помогали бывшим заключенным, сталкивающимся со стигматизацией и предрассудками.

Эрика так до конца и не избавилась от мыслей о том, что она совершила жуткие преступления, — эти страхи всегда присутствуют где-то на задворках разума. Он научилась жить с ними. В то же время она верит, что у нее есть психотические симптомы. Я предполагаю вслух, что, наверное, это странно, когда эти две идеи существуют одновременно.

Эрика пожимает плечами: «Да, немного. Но я уже не волнуюсь из-за этого».

Я прощаюсь с Эрикой, довольный ее спокойствием, и она идет по своим делам.

В машине по дороге домой я все думаю об окончании нашего разговора. Каково человеку, понимающему, что его мысли не связаны с реальностью? Как знание влияет на подобные мысли?

Эти вопросы находятся в самом центре того, как мы понимаем психоз.

Осознанность

Полтора века назад 20-летняя Энн Дайнс поступила в Бетлемскую королевскую лечебницу (известную как Бедлам), что на юге Лондона, для психиатрического лечения. В ее медицинской карточке значится, что Энн страдала от «безумия, вызванного разочарованием в любви». По аудитории пробегает смешок, когда Энтони Дэвид, профессор когнитивной нейропсихиатрии Королевского колледжа Лондона, оглашает эту деталь истории[8]. Я понимаю, что собравшимся, среди которых много профессиональных психиатров и исследователей, такой диагноз может показаться забавным — впрочем, по-моему, он вовсе не так плох — в нем есть как минимум попытка определить причину состояния пациентки. Мало что может сильнее уязвить и раздавить человека, чем разочарование в любви. Профессор Дэвид выводит на экран следующий слайд, и настроение в аудитории резко меняется. Это поразительная черно-белая фотография Энн Дэвис во время ее пребывания в лечебнице. Женщина не совсем ровно входит в кадр, на плечи накинута толстая шаль. У нее слегка впалые щеки, глаза темные, а взгляд пронзителен почти до боли. Она больше не предмет исследования, не любопытный артефакт из далекого прошлого и не нелепый диагноз. В один момент Энн становится реальным человеком. И она страдает. На ее макушке сидит сплетенная из прутиков корона. «Безумие» Энн заключалось в том, что она мнила себя королевой.

Эту фотокарточку сделал Хью Даймонд (1809–1886), врач и увлеченный фотограф, полагавший,

что передовые технологии могут быть полезны для лечения психиатрических больных. Его идея состояла в том, чтобы показывать пациентам их портреты, снятые в периоды обострения расстройства, чтобы привести их к «истинному представлению о себе». Доктор Даймонд, чтобы получить разрешение сделать фотографию, сказал Энн, что хочет сфотографировать всех королев, которые находятся под его надзором. На это Энн ответила, презрительно усмехаясь: «Королевы, еще чего! Как они получили свои титулы?»

Доктор признал, что все они придумали себе королевские титулы, но добавил, что с ней дело обстоит так же.

«Нет! — отрезала Энн. — Я никогда бы не поддалась столь нелепым иллюзиям! Тех девушек нужно пожалеть, но я была рождена королевой»[9].

Вот вам умное словечко: анозогнозия. Оно обозначает симптом заболевания, который заключается в том, что вы не верите в собственное заболевание. Иногда такой симптом появляется у людей, переживших инсульт или другую церебральную травму. При так называемой шизофрении наблюдается, по-видимому, тот же феномен (схожий по проявлению, но не по причине), его называют «нарушением осознания» или «нарушением инсайта». Этот симптом связан с наличием бредовых идей.

Любопытное явление, проиллюстрированное случаем Энн Дайнс столько лет назад, многократно подтверждалось другими случаями. Явление это заключается в том, что человек, подверженный бредовым идеям, может посмотреть на других пациентов с ровно такими же идеями и заключить, что они ошибаются, что они больны, но все же будет не в состоя-

нии сделать последний логический шаг и понять, что его собственные мысли таким же образом являются симптомами расстройства. Но давайте не будем спешить с наклеиванием ярлыков. То, о чем я говорю, ни в коем случае не может быть сказано исключительно о людях с «психическими расстройствами». Так называемый инсайт (или его отсутствие) является частью сознания каждого из нас на протяжении всей нашей жизни. Когда мы сравниваем себя с другими, мы всегда ставим свое суждение выше* — это глубоко человеческая черта, в ней нет ничего патологического. Давайте взглянем на пример такого поведения. Энтони Дэвид как-то провел исследование, чтобы понять отношение врачей к принятию подарков и других выгод от представителей фармацевтических компаний. Оказалось, что большинство врачей (61 %) считают, что их суждения о лекарствах не меняются под воздействием таких рекламных акций. В то же время только 16 % опрошенных думали, что их коллеги столь же непредвзяты[10]. (Смешки, которые раздаются в аудитории студентов-медиков, кажутся слегка неуверенными.)

В 1952 году психоаналитик Григорий Зильбург написал: «Среди неясностей, имеющих несомненную клиническую важность и вызывающих наибольшую путаницу, первой будет термин “инсайт”»[11]. Это на-

---

*У этого явления есть даже научное название — иллюзорное превосходство. Имеется в виду универсальное в человеческой среде когнитивное искажение, при котором люди (те, которых никто не счел бы «психически нездоровыми») склонны переоценивать свои способности и достоинства относительно способностей и достоинств других людей. Иногда это явление называют «эффектом озера Вобегон» — в честь вымышленного города (придуманного Гаррисоном Кейлором), где «все женщины сильны, все мужчины выглядят потрясающе и у всех детей оценки выше средних».

блюдение актуально и сегодня. Определить инсайт в контексте «психического расстройства» — непростая задача. Для начала: разные дисциплины определяют его весьма по-разному.

Если бы вы посетили приемную частного психотерапевта (мягкая мебель, картины в рамах, пара ковров темных оттенков, непонятно откуда исходящий запах благовоний), то вы вышли бы с пониманием инсайта как некоей растущей эмоциональной и интеллектуальной осведомленности о том, как события прошлого влияют на ваши мысли, эмоции и поступки.

Если же, с другой стороны, вы окажетесь в государственной психиатрической больнице для «тяжелых» пациентов (яркий свет, пластиковые стулья, чахлое растение в горшке, непонятно откуда исходящий запах конопли), то ваш инсайт будет сводиться к тому, насколько вы согласны с персоналом в вопросах своего «нездоровья» и необходимости лечения. Если вы соглашаетесь — это хороший инсайт. Если нет — плохой. Это довольно проблематичное определение, не в последнюю очередь потому, что психиатрия глубоко субъективна по своей природе. В откровенном интервью со мной психиатр и один из ведущих мировых экспертов в области психиатрии, профессор Робин Мюррей, рассказал показательный случай из собственного опыта. Он касался пациента с психотическими симптомами, который множество раз попадал в больницы и выходил из них с разными диагнозами. Младший врач вкратце пересказывал это профессору Мюррею: «Ему четыре раза ставили шизофрению, три раза — биполярное расстройство и дважды — шизоаффективное». На это Мюррей отреагировал: «Ну, это просто нелепо. Совершенно очевидно, что у него биполярное

расстройство. Кто, черт побери, тот психиатр, который «написал» ему шизофрению?» Губы младшего врача дрогнули, он пытался не улыбаться. «Ну, как вам сказать, профессор. Тут сказано, что это были вы. Среди прочих»[12].

Процесс постановки психиатрического диагноза мы в деталях обсудим ниже. Пока же я просто хочу сказать, что в вопросе, где есть столько места для интерпретации, довольно странно — если не сказать жестоко — клеймить несогласие самой заинтересованной в выздоровлении стороны «нарушением осознанности».

Профессор Обри Льюис, которого заслуженно считают движущей силой британской психиатрии после Второй мировой войны, определил инсайт как «корректное отношение к патологическому изменению в самом себе», но также ему хватило проницательности добавить, что термины «корректный», «отношение», «патологический» и «изменение» требуют дальнейшего обсуждения и уточнения. Льюис также подчеркивал «неизбежность субъективной природы любых интерпретаций»[13]. Более того, когда мы даем определение такими «широкими мазками», мы неизбежно упускаем некоторые тонкости. Как мы видели на примере Эрики в предыдущей главе, инсайт — вещь ни в коем случае не бинарная. Это не рычажок в мозгу, который находится в одном из двух положений вкл/выкл. Вполне реалистична ситуация, когда человек осознает свое «психическое нездоровье», может перечислять и описывать собственные бредовые идеи и все же, на каком-то уровне сознания, верить в их истинность. Исследовать эту многогранность инсайта, сосуществование взаимоисключающих идей, может быть чрезвычайно полезно для его понимания.

Роберт Лэйнг, самый известный и влиятельный из критиков психиатрии, описывал шизофрению как «особую стратегию, которую изобретает человек, чтобы выжить в ситуации, непригодной для жизни»[14]. Может быть, Энн Дайнс с ее тиарой из прутиков нуждалась в том, чтобы побыть немного королевой? Чтобы почувствовать себя важной персоной, чтобы компенсировать разбитое сердце и непереносимое чувство собственной ненужности.

Если мы примем эту теорию, то «нарушение инсайта» будет неразрывно с ней связано. Признать себя сумасшедшим вкупе с прочими неприятностями — это было бы слишком. Поэтому человек думает: я — не такой, как те бедные пациенты. Те, кто придумал себе королевские титулы.

Возможно также, что нарушение инсайта у людей с диагнозом шизофрения связано с незначительным угнетением функций структур медиальной поверхности коры больших полушарий головного мозга (которые, насколько нам известно, играют большую роль в таких занимательных явлениях, как самосознание и самовосприятие). Такие выводы сделал профессор Энтони Дэвид на основе исследований с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии[15]. Тем не менее, как и в большинстве невралгических исследований, выборка пациентов была совсем небольшой — обстоятельство, которое очень часто подрывает доверие к исследованиям в этой области[16]. Я делаю на этом акцент, потому что знаю, как соблазнительна мысль о том, что то, что мы зовем «психическим расстройством», можно объяснить в биологических понятиях нейрохимического дисбаланса головного мозга. Мы, широкая публика, тяготеем к такого рода объяснениям и склонны слишком сильно им

доверять — особенно, как выясняется, если такие объяснения сопровождаются научно-техническими картинками. В эксперименте, проведенном в университете штата Колорадо, студентов попросили прочитать несколько фальшивых статей по нейробиологии, в которых приводились неподтвержденные выводы вроде «просмотр телевизора повышает математические способности». Наряду с фальшивыми, студентам также дали и настоящие научные статьи. Студентов попросили оценить степень согласия с выводами каждой из статей. Оказалось, что студенты стабильно чаще верили тем публикациям, в которых было цветное изображение мозга, даже если сделанные выводы были нелепыми и нелогичными[17]. Я подозреваю, что причина, по которой нам так нравятся исследования в области нейробиологии, заключается в том, что, как бы ни был сложен собственно процесс исследования, мы сводим все к выводу: не нужно волноваться о «шизофрении», потому что умные люди знают, в чем тут дело. Но это не так. По крайней мере, пока что. Мы еще очень далеки (и это в лучшем случае) от открытия конкретных биологических маркеров шизофрении[18] (маркерами называют измеримые биологические характеристики, способные указать на наличие болезни). И это если предполагать, что они вообще будут когда-то найдены.

Весь наш жизненный опыт, все, что мы думаем, чувствуем и делаем, каждое социальное взаимодействие — все это запечатлено в нашем мозгу. Мы знаем об этом уже тысячу лет. «Мозг есть то место, в котором возникают удовольствия, смех и радости. Из него же происходят тоска, скорбь и плач. — писал Гиппократ в своих размышлениях. — В мозге заложены и наш ум, и сумасшествие, и безумство, и все наши

страхи и ужасы, в том числе и сновидения, а также все наши способности и нерадивость»[19].

Нет никакого трюка, никакого «духа в машине»*. Нет ничего, кроме нашего мозга. Так что разумно искать причины именно там.

В свое время мы поговорим о небольших изменениях в головном мозге, которые могут влиять на так называемую шизофрению и другие подобные феномены. Пока что достаточно будет предупредить, что даже самые передовые наши технологии примитивны как каменные орудия неолита, когда речь идет о сложнейших бионейронных схемах и реакциях. Самые мощные фМРТ-сканеры могут локализовать активность мозга с точностью до миллиметров, что может показаться небольшой цифрой, если не знать, что один квадратный миллиметр мозга состоит примерно из 100 000 отдельных нейронов, отвечающих за совершенно разные вещи. Как видите, это вряд ли можно считать за нормальное увеличение[20]. Этот факт хорошо проиллюстрирован нейробиологом Дэвидом Иглманом, который сравнивает сегодняшние фотографии мозга с первыми размытыми снимками Земли из космоса. Мы видим только цвета и всякие очень большие штуки. В будущем наши инструменты, несомненно, улучшатся. У нас будет что-то вроде *Google Maps*! Мы сможем приближать и увеличивать изображение, разглядывать мельчайшие детали[21]. Если развивать эту мысль дальше, то можно ожидать прекрасного примирения «нейробиологической» и «средовой» теорий возникновения так называемой шизофрении. Мы сможем узнать, что именно проис-

---

*«Дух в машине» или «призрак духа в машине» — предложенное английским философом Гилбертом Райлом описание дуалистической концепции «разум — тело», принадлежащей Рене Декарту. Райл эту концепцию критиковал. — *Прим. перев.*

ходит в мозге, когда человек пугается, подвергается насилию или травме. Или разочаровывается в любви.

В этой версии будущего все тяжеловесные обобщающие термины вроде «депрессии», «тревожности», «шизофрении» станут достоянием истории, будут заменены более точными названиями (вокруг которых, без сомнения, по-прежнему будут вестись споры). В этом прекрасном будущем в университетской аудитории (на Марсе) слушатели (в блестящих серебристых облачениях) будут посмеиваться над нашими устаревшими и нелепыми диагнозами.

Что касается Энн Дайнс, то, похоже, просмотр собственных фотографий действительно пошел ей на пользу. Хью Даймонд записал: «Ее забавляли мои фотопортреты, мы часто говорили о них — это стало первым шагом в постепенном улучшении ее состояния [...] Энн выписали полностью здоровой, она от души смеялась над прошлыми своими заблуждениями».

Вот вам счастливый конец.

Но такого рода улучшение инсайта не всегда приводит к повышению уровня жизни. Принятие диагноза «шизофрения» часто идет рука об руку с потерей надежды и понижением самооценки[22], что подводит нас к следующей сложной теме.

Стигма и дискриминация

Мне было невероятно грустно слышать, что Эрика, когда увидела в своей карте слово «психоз», сразу засомневалась в себе, начала думать, что она плохой человек, что она способна причинить вред своему ребенку, если когда-нибудь стает матерью. Эти мысли пришли ей в голову не потому, что она хотя бы муху обидела в своей жизни, но потому, что она так сильно ассоциировала это слово с проявлениями насилия.

Позже, когда ей поставили диагноз «параноидальная шизофрения», она решила, что теперь-то жизнь точно кончена. Что она никогда не найдет себе пару, не устроится на работу, не будет независима.

«У меня нет иммунитета против мифов, — объясняет она, — и я верила в то, что пишут в газетах. Только позже, когда я начала принимать медикаменты, говорить с другими людьми и читать настоящие научные статьи о психическом здоровье, я начала думать: погодите-ка, может, здесь какая-то ошибка, может, это неправда». И даже тогда, когда Эрика начала больше узнавать о себе и своем диагнозе, ей все еще приходилось иметь дело с предрассудками родных и работодателей. Неприятная истина заключается в том, что для многих людей с «серьезными психическими расстройствами» реакция окружающих часто оказывается даже более травматичной, чем сама болезнь.

Прежде чем мы продолжим, хочу сделать важное уточнение: подавляющее большинство диагностированных шизофреников не склонны к насилию. Обычно происходит ровно наоборот: в силу своего уязви-

мого положения такие люди подвергаются куда большему риску стать жертвами насилия, чем средний человек. Одно американское исследование показало, что диагностированные шизофреники в 14 раз чаще становятся жертвами насильственных преступлений, чем подвергаются аресту за их совершение[23]. Общепринятое представление о шизофрениках как «угрозе обществу» не имеет под собой никаких оснований.

Также сейчас подходящий момент сказать, что шизофрения — это не пожизненный приговор. Есть определенные сложности с подсчетом количества «выздоровевших», не в последнюю очередь потому, что понятия «выздоровление», «восстановление» по-разному понимаются людьми. Для некоторых это означает полное отсутствие «клинических симптомов». Другие скорее определяют «восстановление» как субъективное улучшение качества жизни, развитие и обретение контроля над своей судьбой. Это может подразумевать, что человек придает смысл тому жизненному опыту, которым обладает, и не возвращается в те негативные состояния, в которых побывал. Также существуют люди, вовсе отвергающие (на моральных и философских основаниях) концепцию излечения психопатологических расстройств. Такова, например, позиция объединения *Recovery in the Bin* («Выздоровление — на помойку») — ее члены считают, что все системы психиатрической помощи стремятся к контролю над пациентами и используют концепцию «выздоровления» для поддержания дисциплины. Для этих людей главными признаками истинного выздоровления являются автономия и свободное волеизъявление, а эти показатели нельзя измерить тестами[24].

Если, рассмотрев все эти мнения, мы решим все же не отказываться в полной мере от слова «восста-

новление», то можно смело утверждать что вне зависимости от способов измерения — клинического или глубоко личного — значительное и устойчивое восстановление может произойти и часто происходит[25].

«Представления широкой публики о психических расстройствах, — пишет профессор Грэм Торникрофт, — это ядовитый коктейль из полнейшего невежества и пагубных предрассудков»[26].

Впервые я встретил Грэма, когда делал передачу для радио о представлении в СМИ психических расстройств. Грэм — ведущий мировой эксперт по вопросу стигматизации психиатрических пациентов.

Мне нужно кое в чем признаться. Когда я задумывал эту книгу, я решил, что постараюсь добраться до конца, ни разу не упомянув стигму или дискриминацию.

Меня несколько настораживает, что вопрос стигматизации стал доминировать в дискуссии о психических расстройствах — особенно это касается освещения в социальных сетях. Часто такие кампании возглавляются (и я верю, что с добрыми намерениями) высокопоставленными чиновниками или знаменитостями, которые говорят, пишут посты в «Твиттер» и устраивают бесконечные акции, — и все это о стигме, с которой живут психиатрические пациенты, о проблемах со стигмой и мерах по избавлению от стигмы. И все это время мы, возможно, смотрим совсем не туда, куда следует.

Профессор Торникрофт придерживается того же мнения. «Проблема со стигмой, — поясняет он, — состоит в том, что этот расплывчатый, неясный концепт получает столько внимания, что у нас не остается ресурсов, чтобы справиться с социальной изоляцией и маргинализацией». Он вспоминает историю из собственной жизни. Когда ему было

всего три года, его мать погрузилась в тяжелую депрессию. Грэм переехал к бабушке с дедушкой, пока она получала необходимое лечение. Лекарства ей совершенно не помогали, и в конце концов ей прописали электросудорожную терапию (ЭСТ), которая оказалась весьма эффективна. Спустя год после начала болезни семья воссоединилась. Мать Грэма работала медсестрой, но все то время, что она лечилась от депрессии, она не сказала на работе ни слова ни о своих проблемах, ни о том, почему ей нужен отпуск. Ей было страшно, что к ней станут относиться как к сломанной вещи, что ее позиция в больнице может стать шаткой. Это было пятьдесят лет назад, но сегодня людей мучают те же страхи, и небезосновательно. Каждый год в Великобритании 300 000 людей теряют работу из-за проблем с психическим здоровьем[27].

«Людей ограничивают в выборе жизненного пути, — заключает Грэм Торникрофт, — из-за широкого распространения стереотипов».

Тут стоит присмотреться внимательнее, потому что мы можем иметь дело и не со стигмой вовсе.

Стигма подразумевает внутреннее чувство стыда, позора или несоответствия в силу определенных обстоятельств. Увольнение с работы совершенно точно может вызвать такие чувства. Они могут также возникнуть, если нас избегают или насмехаются над нами. Но во всех этих случаях стигма является следствием, а не причиной. Психологи Энн Кук и Дэйв Харпер утверждают: стигма просто индивидуализирует то, что на самом деле является предрассудками и дискриминацией.

«Мы не говорим о стигме женщин или афроамериканцев, — приводят они пример, — мы говорим (с полным на то правом) о сексизме и расизме»[28].

Почему же мы так поспешили объявить внутренними те проблемы, что касаются психического здоровья? Что ж, одна из теорий состоит в том, что популярная сегодня точка зрения (поощряемая и кампаниями против стигмы) привела нас к такому выводу.

В 2016 году *BBC* по одному из своих флагманских телеканалов показывала серию передач под названием *In the Mind* («Разум изнутри»). Анонсируя эти передачи, Джеймс Хардинг, директор *BBC News*, сказал: «Настало время остановиться и поразмыслить над одним из важнейших вопросов сегодняшнего дня, вопросом, касающимся каждого из нас. Мы собираемся, используя всех доступных специалистов, все наши знания и таланты, докопаться до истины о том, что же происходит в сфере охраны психического здоровья»[29]. В последние годы выпущено множество документальных фильмов, новостных сюжетов, ток-шоу, связанных с вопросами психического здоровья. Вышел даже тематический выпуск «Жителей Ист-Энда»*. Одна из лучших программ подобного толка — документальный фильм, представленный известным актером, комиком и британским национальным достоянием Стивеном Фраем, «Не такая уж тайная жизнь маникально-депрессивного человека». Эта программа стала продолжением передачи 2006 года (она в том году выиграла премию «Эмми») «Стивен Фрай: тайная жизнь человека с маниакально-депрессивным расстройством»**, в которой актер рассказывал о соб-

---

* «*Eastenders*» — популярный британский телесериал. — *Прим. перев.*

** Оригинальное название: *Stephen Fry: The Secret Life of the Manic Depressive*. В русской версии передача 2006 года называется «Безумная депрессия со Стивеном Фраем». — *Прим. перев.*

ственном нелегком опыте: Фрай часто переживает резкую неконтролируемую смену настроений.

На первых кадрах сиквела — съемка 2014 года в Уганде, в городе Кампала, где Фрай снимает очередную документалку. Он берет интервью у Симона Локодо, министра по вопросам этики и морали. Сам Фрай в своей неподражаемой манере описывает Локодо как «взвинченного гомофоба худшего сорта с пеной у рта». Именно он предложил принять закон, делающий гомосексуальность тяжким преступлением. На пленке мы видим, как Локодо тычет пальцем в сторону Фрая, открытого гея, обвиняет его, перекрикивает, заверяет, что тот будет арестован, если станет пропагандировать свою гомосексуальность, агитировать других людей и так далее. Злые, отвратительные слова. Стивен Фрай уходит с интервью потрясенным и подавленным.

Монтажная склейка — зрителя перемещают в сегодняшний день: Фрай сидит в офисе своего психиатра, доктора Уильяма Шанахана, и вместе они восстанавливают события, произошедшие после этой неприятной встречи.

Стивен Фрай вспоминает, что по возвращении в отель он чувствовал себя хуже, чем когда-либо в своей жизни: «Я ходил кругами, пытаясь понять, что произошло. Что-то внутри меня просто исчезло. Казалось, что самая моя суть растворилась в воздухе. Все, что было когда-то мной, больше не существовало. Осталось только чувство полной обреченности».

В его номере была бутылка водки и какие-то таблетки. «Я аккуратно сложил в ряд черт знает сколько этих проклятых таблеток, — рассказывает Фрай, — осушил бутылку и проглотил их. Следующее, что я помню: я на полу, смущенный портье пялится на

ковер в дверном проеме и говорит: “Нам нужно доставить его в больницу”».

Спустя два дня, уже находясь в Великобритании, Фрай решил, что ему необходимо встретиться с психиатром. «Я очень смутно помню, как приехал сюда», — говорит он. Здесь в разговор вступает доктор Шанахан: «Когда вы пришли ко мне, позвольте напомнить, вы жалели, что остались в живых. Вы хотели умереть. Вы думали, что должны были умереть тогда».

Это поистине ужасный опыт, пережить такое тяжело. Дальше мы узнаем, что Фрай согласился на короткое время лечь в больницу.

«В возрасте 56 лет, — поясняет закадровый голос, — Стивену поставили диагноз «циклотимия», то есть колебания настроения, ведущие к нарушениям поведения. Вместе с диагнозом пришло и лечение. От препаратов Фраю немедленно стало лучше».

Конец.

Когда я впервые смотрел передачу, мне показалось странным, что в разговоре с психиатром не было уделено времени обсуждению того, что резкое ухудшение настроения Фрая и его отчаянный крик о помощи могли быть связаны с травматическим опытом, который он только что пережил.

Он находился в тысячах миль от комфорта и безопасности собственного дома, работал в изнуряющем режиме на съемках, был вынужден защищать факт собственного существования перед могущественным и страшным человеком, который из своего министерского кресла унижал его, угрожал ему и — не будем подслащивать пилюлю — желал ему смерти.

Что ж, возможно этого недостаточно, чтобы полностью объяснить поступок Фрая, но я легко мог бы поспорить, что это сыграло определенную роль.

Мы не можем знать содержание приватных разговоров доктора и пациента, мы видим лишь то, что сказано на камеру. Вполне вероятно, что они разговаривали об этом, и не один раз. Я надеюсь. Но в передаче *BBC* об этом не было ни слова.

После показа этой программы канал *BBC* подвергся критике. Профессор психологии Ливерпульского университета Питер Кидерман написал в телекомпанию открытое письмо, которое затем подписали более тысячи человек — включая заслуженных академиков, специалистов в сфере охраны психического здоровья и получателей услуг в этой сфере. В письме говорилось о том, что, несмотря на то, что передача Фрая, как и другие передачи серии *In the Mind,* явно делалась с лучшими намерениями, она допускает и поддерживает заблуждение: принимает за истину в последней инстанции спорное утверждение о биологическом происхождении психологических проблем.

Создатели передачи не отметили, что причины проблем и то, что удерживает их в жизни людей, часто не просто «дисбаланс в головном мозге», но сами события и обстоятельства их жизни — бедность, плотное городское расселение, миграция, пережитое насилие, травля, расизм и другие формы виктимизации. Эта теория подтверждается большим количеством исследований, и, надо сказать, в ее пользу есть куда больше доказательств, чем в пользу «биологической» теории. Рассказывать об этом широкой публике нужно не только потому, что это поможет людям понять ситуацию: исследования показывают, что просвещение снижает

уровень стигматизации и во многих случаях оказывается полезнее для тех, кого коснулась проблема психического здоровья[30].

«Взгляните на влиятельных людей и политиков, которые громче всех кричат о противостоянии стигме, — говорит доктор Люси Джонстон, психолог и писательница. — Это те же люди, которые ответственны за политику, сводящую людей с ума, делающую их жизнь невыносимой»[31].

Как и многие люди, посвятившие свою жизнь проблемам психического здоровья, Люси Джонстон в детстве и юношестве часто оказывалась в беде. Она принадлежала к тому типу подростков, которые справляются с неприятностями, запираясь у себя в комнате и с головой погружаясь в чтение. Это было во второй половине 1970-х, движение антипсихиатрии было в самом разгаре. Убежденная идеалистка, Люси была молода и только что получила лицензию клинического психолога, когда вышла ее первая книга «Психиатрия. Потребители и злоупотребители» (*Users and Abusers of Psychiatry*). С тех пор Люси не переставала работать в этой сфере. Я встретился с ней в нашем родном городе, Бристоле, и разговор быстро свернул на политические темы.

Невозможно говорить о психическом здоровье, не упомянув стигму, точно так же невозможно обсуждать стигму, не затрагивая политику.

«Кажется, как будто все до единого в правительстве с радостью оседлали тему антистигмы, — заявляет Джонстон. — Тереза Мэй среди прочих. Но что они делают, чтобы прекратить злоупотребления в сфере выдачи пособий? Чтобы бороться с растущим неравенством? С возрастающим количеством договоров

“с нулевым временем”*. Именно такие вещи сводят людей с ума. Нельзя говорить, что если люди больше не боятся признаться, что у них шизофрения, то все в полном порядке! Это полный бред. Это оскорбительно. И за этим стоят политические интриги. Хочет ли нынешнее или предыдущее правительство говорить о дискриминации? Нет, конечно, им это невыгодно. А хотят ли чиновники с умными лицами говорить о стигме и выглядеть хорошими парнями? Конечно, да».

С 2007 года министерство здравоохранения Англии финансировало инициативу *Time to Change* («Время перемен»), национальную программу по преодолению стигмы и дискриминации в сфере психического здоровья. Эту инициативу возглавляют благотворительные организации *Mind* и *Rethink Mental Illness*. Я и сам работал с этими организациями в последние годы, например, принимал участие в ежегодном мероприятии *Time to Talk Day* («Время поговорить») — в этот день широкую публику призывают поговорить о психических расстройствах и здоровье.

Звучит совсем неплохо, правда?

Да. Конечно же, это все приносит пользу, иначе я не стал бы тратить свое время. Но меня беспокоит, что цели таких мероприятий часто начинаются и заканчиваются «повышением осведомленности», но не дают глубокого понимания ситуации. Конечно, будет хорошо, если кому-то будет менее страшно рассказать о своих проблемах другу или коллеге. Но эти проблемы могут быть и очень серьезными — чувство

---

* Договор с нулевым временем (*zero hour job*) — тип трудового договора, по которому работодатель не обязан предоставлять работнику какое-то минимальное количество рабочих часов, а работник получает зарплату по количеству отработанного времени. — *Прим. перев.*

беспомощности, безвыходности, невыносимости собственной жизни — и тогда другу или коллеге нелегко будет найти нужные слова, не то что оказать квалифицированную помощь*.

Безусловно, инициатива *Time to Change* помогает людям с психологическими проблемами, меняя отношение окружающих к таким проблемам. Инициатива спонсируется деньгами налогоплательщиков, поэтому ей нужно доказывать свою пользу. На сайте инициативы говорится:

> *«Национальные опросы свидетельствуют о позитивной динамике отношения к психическим болезням. В период с 2008 до 2016 год изменения коснулись 9,6 % людей — это примерно 4,1 миллиона человек, пересмотревших свою позицию»*[32].

Звучит отлично. Хотя я предполагаю, что оценка в точных цифрах такого сложного понятия как «улучшенное отношение» требует более подробного объяснения.

Если мы заглянем в некоторые из опросов, упомянутых на сайте, как сделал доктор Грэм Торникрофт и его коллеги, мы увидим, что в них не проводилось различия между часто встречающимися и более редкими расстройствами. Согласно составителям опроса мы не должны предполагать, что «изменения обще-

---

*Если вы считаете, что ваш знакомый думает о самоубийстве, и не знаете, что вы можете сказать или сделать, — вот вам прекрасный тренировочный курс [на английском языке], созданный группой *Zero Suicide Alliance*. Прохождение курса бесплатно, оно занимает 20 минут. Вы можете найти курс на сайте https://zerosuicidealliance.com.

ственного мнения» могут разниться в отношении таких пугающих и веками порождающих стереотипы диагнозов как «шизофрения» и более безобидных и «популярных» проблем как «депрессия» или «тревожное расстройство»[33].

На самом деле, утверждение «это болезнь как любая другая, и ты не стал бы говорить мне “взять себя в руки”, если бы у меня был рак/диабет/сломана нога», которое лежит в основе большинства кампаний против стигмы, может скорее поддерживать предрассудки о людях с диагнозом «шизофрения». Да, мы склонны меньше осуждать людей за странное поведение, если оно вызвано нарушениями в их мозге, но мы в то же время будем бояться таких людей, избегать их[34], считать их опасными и непредсказуемыми[35].

Именно поэтому множество людей (включая, как мне кажется, львиную долю подписавшихся под критическим письмом в телекомпанию *BBC*) отвергают стандартный и поддерживаемый государством подход к стигме вместе с необоснованными биологическими и медицинскими предположениями.

Есть множество причин, по которым государству выгодно придерживаться такой стратегии. Биомедицинская модель психических нарушений означает, что государству не нужно разбираться со сложной проблемой — как обращаться со странным и беспокоящим поведением людей, если оно не попадает под юрисдикцию уголовного (или другого) кодекса? Вероятно, гораздо удобнее налепить на такое поведение ярлык «медицинская проблема» (прямо как рак или диабет!) и вывести его из своей зоны ответственности[36].

Это сложная ситуация, о которой не может в паре ярких фраз адекватно рассказать белозубая голли-

вудская знаменитость. Правда заключается в том, что шизофрения вовсе не похожа на сломанную ногу.

Тем не менее не стоит категорически пренебрегать биологической теорией только потому, что на нее, как мухи на варенье, слетаются гонцы социально-политической повестки. Сравнение психического здоровья с физическим может оказаться нам полезно.

Как отмечает доктор Алекс Лэнгфорд, психиатр и блогер, аналогия с диабетом может быть очень удачной, если мы сфокусируемся на диабете второго типа. Лэнгфорд сравнивает его с депрессией. «Если у диабета первого типа есть четкая причина, лежащая в основе заболевания, — гипергликемия, ведущая к пожизненной зависимости от инсулина, то второй тип — куда более разнообразное в проявлениях и причинах состояние организма, прямо как депрессия. При диабете второго типа высокий уровень сахара в крови чаще всего вызывается тем, что организм не реагирует на инсулин так, как должен бы, но уровень инсулина также часто бывает понижен. Другие гормоны, вроде глюкагона и инкретина, тоже не в порядке. Это похоже на картину депрессии, потому что мы знаем, что на биологическом уровне за нее отвечает не только низкий уровень серотонина. В процесс вовлечены и другие нейромедиаторы, вроде норадреналина, дофамина и множества других. […] А еще, ни у диабета второго типа, ни у депрессии нет одной ясной причины. И то и другое вызывается суммой факторов, каждый из которых сам по себе несет относительно небольшой риск. Крупными игроками на этом поле для диабета будут ожирение, высокий холестерин, нездоровое питание и сидячий образ жизни, а для депрессии — перемены к худшему, тяжелое детство и отсутствие поддержки со стороны друзей и близких. Генетика играет важную роль и для

депрессии, и для диабета, но ни за то, ни за другое не отвечает один конкретный ген».

Так что да, определенно они чем-то похожи.

А еще, рассматривая эти сходства, Лэнгфорд отмечает изрядную иронию в том, что некоторые люди до сих пор настаивают, что психиатрическим больным нужно «взять себя в руки». «Вообще говоря, — объясняет он противоречие происходящего, — диабетикам второго типа гораздо легче контролировать свою болезнь, избегая жирной еды, упражняясь и не набирая вес, чем людям с депрессией нивелировать вызывающие стресс факторы, вроде тяжелой работы или пережитого насилия»[37].

Но что же делать со стигмой психической болезни?

Что ж, у доктора Люси Джонстон есть весьма радикальное решение: «Самый быстрый и простой способ избавиться от стигмы — избавиться от психиатрического диагноза».

Наверное, настала пора поговорить о диагнозах.

Но сначала познакомьтесь с солдатом.

СОЛДАТ

Ты понимаешь, что все это неправда.

Тебя заставили поверить в то, что ты очень важен, что ты нужен этому миру. А затем ты видишь, что это был обман. Твой мозг сыграл с тобой злую шутку. Ты чувствуешь себя преданным.

Затем приходит стремление найти смысл. Почему это со мной случилось? Зачем все это было? Как я оказался здесь, в изоляторе, рычащий и воющий, как плененный зверь? Больше похож на животное, чем на человека, — так мама сказала. Почему армия выбрала меня для этой миссии?

> *Медицинский журнал корабля «Энтерпрайз», звездная дата 5027.3, записывает доктор Леонард Маккой: «Меня беспокоит капитан Кирк. Он проявляет признаки напряжения и эмоционального стресса. Я не вижу для этого причин, кроме той, что мы слишком долго находимся на патрулировании без отпуска или разнообразия. Капитан отверг все мои просьбы составить его психологический профиль».*

«Я думаю, ты нездоров, пап. Это как... — Джеймс Вулдридж громко всхлипнул и утер сле-

зу рукавом свитера, — как в той серии “Звездного пути”, когда Кирк устал и стал принимать неверные решения. Ему нужно было отдохнуть немного. Вот сейчас так».

Последние пару месяцев обстановка дома была накаленной до предела. Старшие брат и сестра Джеймса уже съехали, так что они с младшим братом были единственным свидетелями того, как брак их родителей разваливается на части. Джеймс подозревал, что в этом есть и его вина. Вряд ли то, что он так часто будил родителей среди ночи, укрепило их отношения. Он будил их, потому что волновался. Его тревожила ядерная война. Тревожили вещи, написанные в Библии. Тревожило, что он пах странно. В школе он носил толстое шерстяное пальто — немного похожее на дедовскую военную форму, — иногда он зарывался носом в ткань и глубоко вдыхал. Пахло несвежей мочой, он был уверен. Это тоже не давало ему спать. Но больше он боялся написанного в Библии. Я есмь путь. Я свет миру. Слишком много чтения, слишком мало сна. Казалось, что он никогда не может нормально заснуть. И он все время будил родителей. Это явно не улучшало ситуацию.

Сейчас именно пятнадцатилетний Джейк отвечал за то, чтобы отец их не бросил. Ему нужно было убедить отца ради мамы и ради брата. И — больше всего — ради самого себя. Джейк обожал отца. Поклонялся ему. От этого мужчины, служившего когда-то главным инженером в королевских военно-воздушных силах, Джеймс унаследовал свой выдающийся и живой ум. Он выпрямил спину и посмотрел отцу прямо в глаза. «Это не ты, ты бы так не поступил», — настаивал Джеймс. Или что-то в этом роде. Сейчас тяжело вспомнить детали. Это случилось 35 лет назад. Единственное, что на-

всегда отпечаталось в памяти, — это реакция отца. Он рассмеялся, вот что он сделал. Рассмеялся прямо Джеймсу в лицо. «Ты еще слишком маленький, чтобы понять, сынок». Это было унизительно. Его отец не был нездоров. У него просто был роман. Подарком на прощание сыну стал совет после выпускных экзаменов подать документы в Уэлбекский колледж-интернат по подготовке военных инженеров и технических специалистов с весьма высокими требованиями к поступающим.

«Я не виню ни в чем армию, — эту фразу Джеймс произносит не раз за время нашего разговора. — Я никогда не винил армию за то, что произошло. Если у меня был какой-то врожденный недостаток, то хорошо, что они его нашли».

Мы встретились у Джеймса, в небольшом уютном домике с живописным видом на церковь и старый рынок в Саут-Молтоне, что в графстве Девон. Джеймс приветствует меня слегка неловким извинением, говоря, что если я ожидаю запаха свежего хлеба, то буду разочарован. «Мы оба курим, и у нас собака. Я поставлю чайник». В нем все еще осталось что-то от военного (по крайней мере, на мой гражданский взгляд). Он гладко выбрит, седые волосы аккуратно причесаны. Он широкоплеч, стоит очень прямо, а говорит взвешенно и уверенно. Тон его голоса значительно отличается от того, что я слышал несколько месяцев назад, при нашем первом телефонном разговоре. Он тогда оправлялся от рецидива и был еще совсем не в форме. Он чувствовал, что не справился, подвел сам себя. В его словах были усталость и покорность: «Мне 51 год. Почему мне до сих пор приходят в голову эти мысли, если вероятность, что они правдивы, становится все меньше и меньше?»

Но когда я выслушиваю историю его жизни, меня поражают подоплека самых странных идей Джеймса, его логика и эмоциональный фон. Идеями, которые можно проследить до холодного плаца Королевской военной академии в Сандхерсте и отчаянного желания не быть брошенным снова.

ЧЕСТНОСТЬ ОБЩЕЖИТИЯ

Вступительные испытания в Уэлбекском колледже включали три дня беспощадной муштры в армейских бараках Уэстбери. Там были экзамены по физике и математике наряду с проверкой физической выносливости на полосе препятствий — скрип десятков кроссовок на деревянном полу старого обшарпанного спортивного зала. И за ними все время наблюдали. Это Джеймс помнит наиболее живо. Чувство, что на тебя смотрят, изучают тебя, оценивают.

«На тебя смотрели даже тогда, когда ты не знал об этом», — говорит он мне. Он вспоминает, как за обедом случайно окунул конец галстука в суп. Вот дерьмо. *Они наверняка заметили*. У меня появляется ощущение, что Джеймс был к себе более придирчивым, чем приемная комиссия.

Из тысяч юношей со всего королевства, подававших документы, только 75 были приняты в колледж. «Они искали лидерский потенциал, — объясняет Джеймс, — лидерский потенциал в пятнадцатилетних мальчиках». На финальном собеседовании он стоял перед тремя мужчинами в униформе, еще несколько наблюдали из углов комнаты. Те трое сидели за длинным столом, просматривая документы кандидатов. «Ваш отец служил в ВВС, правильно? Почему вы хотите присоединиться к армии?»

Мысль Джеймса на секунду вернулась к отцу и всему, что происходило дома. «Я хочу твердо стоять на ногах, сэр».

Офицер поднял бровь и почти незаметно кивнул.

Когда пришло письмо, Джеймс втайне надеялся на отказ. Последняя пара месяцев были беспросветно мрачными. Мама узнала о романе отца, и обстановка дома стала такой отравляющей, что Джеймс отправился пожить к сестре, пока родители занимались разводом.

Он не мог сконцентрироваться на уроках, потерял мотивацию, сдал экзамены хуже, чем от него ожидали. Он чувствовал оторванность от жизни, ему было наплевать на будущее. «Мне было наплевать, что я не смогу найти работу, — сообщает мне Джеймс, — я был готов жить на пособие. Меня как будто выключили».

Но, очевидно, люди из Уэлбека увидели в нем что-то, и отец в конце концов убедил Джеймса принять приглашение.

Тогда Джеймс еще не знал, что отец уже планирует переехать и начать новую жизнь со своей девушкой в Саудовской Аравии. Сейчас он гадает, не пытался ли отец таким образом убедиться, что кто-то будет присматривать за Джеймсом, пусть даже армейское командование. «Но я не знаю, — заключает Джеймс, отмахиваясь от этой мысли. — Понятия не имею, о чем он думал».

Сидя в поезде, Джеймс нервно сворачивал и разворачивал газету. Он слишком волновался, чтобы читать. На самом деле он купил газету, только чтобы создать образ. Ему подумалось, что очень важно будет выглядеть респектабельно и что начальство

оценит, если он будет держать под мышкой серьезное издание.

Джеймсу еще предстояло выбраться из переходного возраста. Он был небольшого роста, узкогрудый, с кипой курчавых волос — из-за них его будут звать Мочалкой. В руках у него был чемоданчик с блестящими медными пряжками, костюм широк в плечах. Джеймс все еще не понял, правильный ли он сделал выбор, во многом его сомнения относились к девушке, от которой он так далеко уезжал.

Он познакомился с Луизой в школе и долго собирался с духом, прежде чем сделать ей открытку на День святого Валентина (с обязательным сентиментальным стишком внутри). Джеймс не мог поверить своему счастью, когда Луиза ответила взаимностью. «Она была первой красавицей в школе, — вспоминает он, — на четверть итальянка, идеальный римский нос, смуглокожая». Короче говоря, он ее обожал. Они начали встречаться, ходить на танцы, и вскоре все стало серьезно. «Я был так влюблен, она мне просто голову вскружила. Все вот это шестнадцатилетнее безумие. Мои родители разводились. Я думаю, что много нерастраченной любви перенаправил в эти отношения».

Проезд прибыл на станцию в Северном Ноттингемшире, где Джеймс со стайкой других кадетов должен был сесть в автобус и проехать последние несколько километров до Уэлбекского аббатства, где располагался колледж. Джеймс опустил глаза, он не помнит, чтобы обменялся хоть словом с кем-то. Но когда шины стали шелестеть по гравию (они заехали на территорию колледжа), Джеймс впервые увидел аббатство. Он делает глубокий вдох и медленно выпускает воздух. После паузы он говорит: «У меня аж

дыхание тогда перехватило. Это было по-настоящему красивое место, просто прекрасное».

Это чувство никогда его не покидало. После государственной общеобразовательной школы колледж был просто откровением. «Просто находиться рядом с этими умными, здоровыми, любопытными и целеустремленными людьми — это было как глоток свежего воздуха после домашних проблем», — описывает Джеймс.

Рассказывая об учителе литературы, Джеймс сравнивает его с персонажем Робина Уильямса в «Обществе мертвых поэтов». Он вспоминает, как они с классом вышли в заросший сад и сидели на берегу бассейна в виде полумесяца, пока учитель читал стихи.

Я совсем не так представлял себе образование будущих военных. Но здесь готовили не простых солдат, а высокопоставленных офицеров. Вместе с другими курсами у ребят были занятия по дипломатии, академическому письму, их учили тому, когда прилично появиться на коктейльной вечеринке, как выбрать место для ужина, где провести встречу за завтраком. Когда можно опоздать и на сколько можно опоздать.

Мальчики носили блейзеры, брюки со стрелками и лакированные ботинки. Военный камуфляж был для парадов и физических упражнений. Они жили все вместе, там и появилась «Честность общежития». «Это было жестоко иногда, — говорит мне Джеймс, — по крайней мере, могло быть жестоко. Мы обходили общежитие и говорили правду о каждом кадете. Говорили, что на самом деле думаем о нем. Если кого-то не любили, его просто по кирпичикам разбирали».

И что же соратники говорили Джеймсу?

Он не медлит с ответом: «Что я слишком чувствительный. Это правда, я и был чересчур чувствительным». Он часто сомневался в себе и краснел, если учитель вызывал его говорить перед классом. Он все еще переживал по поводу развода родителей. За три четверти первого года в колледже он ездил навещать родных в четыре разных дома. Затем пришло письмо от Луизы. «У меня сердце в пятки ушло, признается Джеймс, — я дня три уходил спать раньше всех, накрывался с головой одеялом и плакал почти всю ночь. Да, это было очень тяжело для меня».

Другие парни могли поддевать Джеймса за чувствительность. Но его все еще уважали, он нравился всем. Когда Луиза рассталась с ним, куча друзей предложили написать ей письма, чтобы попытаться убедить ее передумать. Джеймс не принял их предложение, но был очень тронут, что они подумали об этом, что им было не все равно. В Уэлбекском колледже и в обещании армейской карьеры по его окончании Джеймс обрел семью, на которую мог положиться.

«Я чувствовал себя дома. На своем месте».

«РОВАЛЛАН»

Джеймс принес присягу Ее Величеству королеве и подписал официальный договор о неразглашении. В восемнадцать лет, выпустившись из колледжа, он стал рядовым британской армии. Больше того, он стал кадетом Королевской военной академии в Сандхерсте, по окончании этого заведения он должен был получить звание второго лейтенанта.

На дворе была середина 80-х, и академию можно было окончить двумя путями: пройдя курс общей военной подготовки или обучение по программе «Роваллан». «Все знали про “Роваллан”, — рассказывает Джеймс, — в основном всякие страшные истории». Задача этой программы состояла в том, чтобы тренировать рекрутов, которых отборочная комиссия сочла имеющими хороший потенциал, но еще не до конца готовыми проходить общий курс. По сути, это была трехмесячная предподготовка с жестким отбором.

В официальных документах того времени значится следующее:

> *«Программа “Роваллан” ставит перед собой ясную цель — развить лидерские качества. Прошедшие программу немедленно переходят к курсу общей военной подготовки. […] Методы тренировок, разработанные лордом Ровалланом, постоянно пересматривались и улучшались — так на свет появилась несколько нестандартная программа военной подготовки. Главная наша задача — помочь юноше осознать свой потенциал. По окончании программы его самооценка, стойкость, целеустремленность, инициативность, находчивость и способность к адаптации развиваются так, что при прохождении общего курса у него появляется преимущество […] Программа “Роваллан” требует от рекрута полной физической и моральной отдачи, не все юноши*

отвечают нашим высоким стандартам. Но радость достижения, значительное развитие характера и братство с товарищами по курсу гарантируют, что наши выпускники будут оглядываться на этот опыт с чувством гордости и благодарности».

Если же посетить онлайн-форум британской армии, то типичные воспоминания рекрута, прошедшего программу «Роваллан», будут выглядеть примерно так:

*«В мое время это был ****** ад, абсолютная, беспросветная пытка для тела и ума (особенно ума). Усугублялось все тем, что мы были очень юны».*

А вот впечатления со стороны от солдата, проходившего курс общей воинской подготовки:

«Да, мне приходилось несладко, но когда я смотрел из окна на тех ребят в нарядных красных костюмчиках… я видел, как их гоняют, и понимал, что моя жизнь могла быть гораздо, гораздо хуже».

Джеймс записался на программу «Роваллан». Он вспоминает, что частью вступительных испытаний были дебаты о проблеме употребления наркотиков. Джеймс негромко предположил, что предотвращение лучше лечения, но его перекричали задиристые

выпускники публичных школ и его аргумент затерялся в общем шуме.

Он не особенно расстроился. На самом деле он был твердо уверен в себе и своих силах. Эта самоуверенность еще не достигла пика, но Джеймс уже мог чувствовать ее где-то под ложечкой. Он шел по направлению к казармам Роваллана, таща на спине, в большом армейском рюкзаке, все свои пожитки. На земле лежал снег. Свежевыбритый затылок остро ощущал порывы холодного ветра.

Он посмотрел на широкую аллею, ведущую к старому зданию академии. По этой дороге проезжает адъютант на коне, обозначая конец военного парада — церемонии в честь выпуска нового курса офицеров из Сандхерста. Также во время церемонии самого выдающегося выпускника награждают «Мечом чести» (*Sword of Honour*).

Джеймс видит все как наяву. Он представляет, что уже стоит там, среди выпускников. На нем парадная синяя форма, белые перчатки, фуражка.

Мама и папа смотрят на него с трибун. Сегодня они не ругаются. Они держатся за руки в момент, когда их сын — отличившийся, особенный, важный — салютует Ее Величеству и со скромным поклоном принимает меч чести.

Джеймс не просто окончит академию Сандхерст, о нет. Он будет лучшим выпускником.

Затем начинается обучение.

Побудка в 5:30 утра. Некоторые парни спят под своими кроватями в спальных мешках, чтобы не смять простыни, которые должны быть идеально сложены для первой утренней проверки.

Облажаешься — будешь наказан.

Никакой передышки. Никакой пощады. С той секунды, когда они открывают глаза, и до вечера, когда они, выдохшиеся, падают в постель.

Джеймс уже на ногах. Он умыт. Кровать заправлена безупречно. Одежда сложена в тумбочке за кроватью, уголок к уголку. Даже носки отутюжены и свернуты в идеальные квадраты.

Рюкзак собран, Джеймс готов ко всему. Это может случится в любой момент: собирай барахло и будь в машине через пять минут. Они трясутся в кузове, никто не знает, куда их везут. Ему нужно быть наготове. Он готов.

Утренняя строевая подготовка. Он первый стоит на замерзшем плацу. Он может видеть пар от своего дыхания. Джеймсу нужно быть первым, чтобы занять место направляющего — солдата, который на параде стоит спереди и справа. Все будут сообразовывать свои движения с ним. Нельзя останавливаться. Нельзя взять паузу. Завтрак съедается как можно быстрее, как можно больше. Еда — это топливо. Тарелка за тарелкой. Загрузиться калориями. Первый в столовой ест дольше всех. Всегда первый. Переодевайся в камуфляж — время тренировки на выносливость в холодной вересковой пустоши. Лямки рюкзака врезаются в плечи. Он ищет ведра с краской — ведра с краской! — в какой-то богом забытой глуши. Не найдешь — и сегодня ты спишь на улице. Это сводит Джеймса с ума. Так и задумано. У них параллельные пути, они не видят друг друга. Свериться с картой. На экзамене по ориентированию он набрал максимум баллов. Результаты вывесили на стене казармы. Он сделал это. Он лучше всех. Нельзя останавливаться. Никакой пощады. Обратно в казарму бегом: легкие в огне, глаза слезятся. Нужно быть первым. Нужно быть лучшим. Дни и недели сливаются в одно. Это-

му нет конца. Никакой передышки. Слово «рутина» приобретает новые значения. Происходит что-то прекрасное и необъяснимое. Джеймс начищает медные трубы у писсуара. Колени болят из-за твердого пола. Он чистит трубы зубной щеткой. У него есть банка полироли для металла. Приходит инструктор. Он показывает, как надо. Он окунает пальцы в полироль, затем берет спрей с полки, пшикает на руку. Он вытирает руку тряпкой, рука чиста. Армейский секрет, новая разработка. Джеймс моргает, глаза наполняются слезами радости. Он смотрит на других кадетов и широко улыбается. Они видели? Он один знает секрет? Он хочет смеяться, и плакать, и кричать: вот вы скоты! Почему вы не показали нам раньше? Дни и недели сливаются в одно. В казарме есть часовня, Джеймс сидит на скамье. Холодный свет проникает через витраж, через два ряда от него стоят его товарищи из Уэлбека и поют гимн «Вперед, солдаты-христиане». *Это самое прекрасное что Джеймс когда-либо слышал слезы льются из глаз и по щекам и он чувствует дыхание Господа и он в учебной аудитории и дни и недели сливаются в одно и Джеймс стоит перед классом и говорит и говорит и говорит и как так получилось офицер учил их как быть офицерами а Джеймс поднял руку и спросил Как вы хотите вырастить из нас офицеров если все хотят быть офицерами все хотят быть главными? и офицер сказал Интересное замечание, почему бы тебе не поделиться мыслями с классом? и может Джеймс должен был говорить с места но он сделал по-другому — он сам не заметил как оказался за учительским столом потому что важно установить границу между собой и аудиторией и он говорил но потерял нить и больше не понимает о чем речь и он рассказывает о своем колене потому что перед*

Сандхерстом он повредил колено когда играл в регби и кадеты ерзают на стульях и переглядываются а Джеймс объясняет что у него болит колено и чувствует крепкую руку офицера на плече офицер говорит Пожалуй надо дать твоему колену отдохнуть. Да, сэр! Дни и недели сливаются в одно. Уже поздно и все кадеты в казармах полируют сапоги моют пол но один кадет сидит на кровати и слушает плеер и посмотрите на него он качает головой как идиот и опять отлынивает и Джеймс достает из рюкзака мачете и идет через казарму к кадету а тот слушает плеер и не замечает какая вокруг наступила тишина.

Джеймс вынимает мачете из ножен и приставляет к подбородку кадета.

Они смотрят друг на друга.

Не останавливаться. Не отдыхать. Сейчас ночь, и Джеймс не спит на своей кровати: он слушает храп, сопение и звуки выходящих газов других кадетов. Но он не спит, потому что он готов ко всему и он получит меч чести. Сирена срабатывает в 5:30, и нужно выходить на парад, но Джеймс убрал парадную форму, которую сержант велит надеть. Она слишком глубоко в рюкзаке. Он упаковал все, он готов. Но сейчас он не готов и другие кадеты одеваются быстрее его. Он бежит к выходу и толкает их. Ему нужно быть первым, быть звеньевым. Он стоит на холодном плацу. Он первый. Еще темно. Он смотрит на пар: пар выходит изо рта. Он в эйфории, у него кружится голова. Сержант велит уйти с плаца, и он марширует в казарму и держит голову прямо.

Все смотрят на него. Они видят, какой он особенный, какой важный. Он марширует через плац, на нем пижама.

Он продержался пять недель.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОРУЖИЕ

Нужно было собраться с мыслями. Это что-то вроде теста, ему нужно спланировать побег. Имеет смысл. Также вполне имела смысл непривычная пустота в Сандхерсте этим утром, когда Джеймса, одетого в гражданское, капрал препроводил для сдачи униформы. В офисе командования Джеймс подписал документы, их тут же убрали в серый металлический шкаф.

Он понятия не имел, что подписывает собственное увольнение. Все в Сандхерсте постоянно что-то подписывали. Ничего необычного. К тому же, у Джеймса не было ни единой причины думать, что его выгоняют.

Он был самым лучшим кадетом.

Коридоры и плац были пустынны, потому что здесь начиналась секретная миссия, другие солдаты не должны были ничего знать.

Теперь он сидел в караульном помещении, вглядываясь в карты на стенах. Панель управления полнилась огоньками, кнопками и мониторами. Ему нужно было собраться с мыслями и контролировать дыхание.

Он не мог. Почему так сложно дышать? Глаза наполнились слезами, он глотал воздух, но тот не попадал в легкие. Гипервентиляция. Он порвал на себе рубашку.

Дверь резко открылась, грохнулась о стену. В нее ворвался здоровенный полицейский сержант, он обвил рукой шею Джеймса, пригвоздил его к стене. «Какого хрена ты делаешь?» — возопил он.

«Ничего. Ничего. Ничего», — ответил Джеймс.

Джеймса держали в караульном помещении Сандхерста восемь часов. Все это время ему не предлагали ни еды, ни воды.

На время его поместили в примыкающее общежитие и сказали отдыхать, но в голове крутилось слишком много мыслей, и в любом случае он не смог бы заснуть из-за голода. Разные люди приходили и уходили. Джеймс вспоминает, что в какой-то период делил общежитие с группой гуркхов*. «Четверо или пятеро зашли, — рассказывает он. — Они говорили на другом языке. Я пытался подражать им, в моей голове мы вели настоящую беседу».

Джеймс не говорит на непальском. Хотя, когда он оглядывается назад, ему кажется, что они сочувствовали его состоянию. Эти люди были ему глубоко и искренне симпатичны, в их присутствии он чувствовал себя спокойнее.

После этого воспоминания приходят в лучшем случае отрывками. В какой-то момент ему сказали, что приехала мать. Его проводили к машине. Она была внутри вместе со старшим братом. Им отдали все вещи Джеймса. Он вспоминает, что, когда открыл дверь машины, оттуда пахнуло говядиной и горчичным соусом. Он начал неистово рыться в вещах, чтобы найти еду. Он работал только на выживание, был неспособен на коммуникацию.

Позднее его мать скажет, что он выглядел как животное, а не как человек. Взгляд пустой, лицо осунулось, ни единой мысли в глазах.

Джеймс не помнит, о чем говорил с матерью и братом по дороге домой. Но он помнит включенное радио. По *BBC Radio 4* шли какие-то дебаты. «Я стал

---

*Гуркхи — британские добровольческие войска, набирающиеся из непальцев. — *Прим. перев.*

частью программы, — объясняет Джеймс. — Я как бы перенесся разумом в говорящего человека. Так что говорил, получается, я. И сначала у этого человека получалось не очень хорошо, его перекрикивали, он делал ошибки, а я старался все исправить. Я все еще был на занятии по риторике, я очень старался завоевать расположение аудитории. А через какое-то время началась музыка. Классическая музыка. Но опять же я был тем, кто сочинял, дирижировал, исполнял. Это было такое облегчение, потому что я смог раствориться в музыке, и это была моя награда за хорошо проведенные дебаты».

Во время поездки Джеймс постоянно смотрел в окно на машины, едущие навстречу. Он читал номерные знаки. Вот проехал сержант, вот старший офицер, вот его товарищи-кадеты. Они следили за ним, смотрели, чтобы он все делал правильно.

На следующий день Джеймса увезли в больницу — глубоко на вражеской территории. Он не должен был позволить этому произойти.

В машине скорой помощи он позволил себя обмануть, запутать. Он верил, что его везут на праздник. Вся его семья будет там. Отец приедет из Саудовской Аравии. И Луиза тоже придет. И офицеры с кадетами из Уэлбека и Сандхерста.

Он так хорошо со всем справился, что ему даже не нужно заканчивать академию. Ему дадут звание прямо сейчас.

Но когда машина прибыла в районную больницу Норт-Девона, никто не ждал Джеймса. Что-то было нечисто. Так не должно быть. Впервые за все время Джеймс испугался. Он выскользнул из машины и побежал так быстро, как только мог, петляя через парковку и внутрь здания больницы, по коридору прямо,

через дверь, еще через дверь, по лестнице. За ним гналась охрана и полдюжины психиатрических сестер. Его приперли к стенке только рядом с моргом.

На короткий момент реальность изменилась, и Джеймс оказался в компьютерной игре. За закрытыми дверями морга находилась большая красная кнопка. Это была Умная Бомба — с ее помощью можно взорвать все и переместиться в другое место.

Джеймс потянулся к кнопке, но почувствовал крепкие руки на своем запястье.

Его оттащили в палату, пристегнули к кровати. Его ноги и руки крепко держали, кто-то не давал ему повернуть голову. Он не мог пошевелиться. Он был в ужасе. Он почувствовал, как игла вошла под кожу.

Первые дни и недели Джеймс боролся со сном. Ему нужно было быть настороже, следить за обстановкой. Место было небезопасным. Сон — это непозволительный риск. Но из-за лекарства, которое ему давали — густой оранжевый сироп в маленьком пластиковом стаканчике, — Джеймс чувствовал такую усталость, какой не знал никогда в жизни.

Энергии не хватало даже на то, чтобы поднимать ноги. Руки тряслись так, что он не мог удержать нож и вилку. Когда он ходил в туалет, его внутренности превращались в воду, а иногда у него случались такие запоры, что он старался только не выть от боли.

Джеймсу надо было понять, что происходит. У него были теории на этот счет. Скорее всего, в армии разработали новое психологическое оружие и решили опробовать на нем, потому что он самый сильный, самый смышленый кадет.

Наверное, еще в Сандхерсте ему дали что-то, чтобы свести его с ума, чтобы он мог преодолеть это —

пройти по грани и вернуться — внедриться в больницу. Солдат под маской пациента, его задание — узнать, соответствует ли это место требованиям военного командования.

Джеймс провел в больнице несколько месяцев. В худшие моменты он не знал даже, жив он или погиб, не знал, что (если вообще хоть что-то) реально.

Руки, если держать их под холодной водой, казались реальными. Десять, может двадцать раз на дню он прятался от сестер и стоял у раковины в своей палате, включив воду, смывая плохую энергию. Он как-то наполнил бутылку своей мочой и выпил, он сжимал кулаки так, что на ладонях оставались раны от ногтей, он кидался на двери и стены с кулаками, крича и завывая.

Некоторые из этих действий были нужны, чтобы проверить, жив ли он еще. Другие — чтобы выяснить предел своих физических способностей, продолжить военные тренировки.

«В определенном смысле, когда рассказываешь такие вещи — переживаешь их заново, — сказал мне Джеймс при первом нашем разговоре, когда он оправлялся после обострения. — С некоторыми вещами, которые я творил в тяжелые моменты, я пытаюсь примириться до сих пор».

Сегодняшний наш разговор скачет вперед-назад по жизни Джеймса. Он несколько раз бывал в больнице. Он вспоминает, что в первый визит, когда он был еще подростком, мать навещала его каждый день. Она приносила ему молоко — любимый напиток — и сидела с ним часами, разделяя его волнение.

Он велел ей проваливать. Он хотел не ее.

Джеймс до сих пор сожалеет об этом. Ему тяжело думать о том, как больно ей было слышать эти слова. «Поймите правильно, я всем сердцем люблю маму. Но в тот момент…»

«Вам нужен был отец?» — заканчиваю за Джеймса я.

«Мне нужен был отец. Очень нужен. Я плакал о том, чтобы он пришел и спас меня. Но он не пришел».

Джеймс помнит ночь, когда силы окончательно покинули его. «Я полностью исчерпал физические, психологические и душевные ресурсы. Было поздно, везде темнота. Со мной не было никого из семейных, сестры, наверное, заперлись в своей каморке, но для меня они просто не существовали. Я лежал на кровати. Вокруг было так темно, что я поверил. Я твердо знал, что я — последний оставшийся в мире человек».

Он ощутил, что находится на краю пропасти, что один шаг отделяет его от бездны.

Той ночью он молился. «Это было что-то вроде примирения с моим биологическим отцом и Отцом Небесным», — объясняет Джеймс. Это был поворотный момент, потому что Джеймс почувствовал, что его молитва услышана. «Не было никакого удара грома или гигантской руки с неба. Но я почувствовал, как внутри меня голос сказал: хуже уже не будет».

Джеймс держал Библию в своей палате. Она всегда лежала на прикроватной тумбочке. Он перечитывал ее снова и снова. Часто он выходил с ней на улицу, чтобы ветер переворачивал страницы, выбирая за него место в книге. Ветер был дыханием господа, открывшиеся страницы обращены лично к Джеймсу. В отделении была пациентка, старуш-

ка, расхаживающая в ночнушке и кричащая что-то про агнца Божия. Джеймс знал, что она говорит о нем. Все складывалось: он был в Сандхерсте, был солдатом. Его тренировали отнимать жизни, но и спасать тоже. Он должен был стать судией над живыми и мертвыми. Он был вторым пришествием, мессианской фигурой, самым важным человеком на земле.

ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Лекарство, которое давали Джеймсу — тот густой оранжевый сироп, — называется хлорпромазин. Это первый в своем роде антипсихотический препарат, известный своими суровыми побочными эффектами не меньше, чем своей эффективностью.

Джеймс быстро понял, что персоналу больницы нужна его покорность и что если он ее не проявлял, то приходилось принимать хлорпромазин. Он до сих пор не думает, что лекарство особенно помогло ему. «Его было достаточно, чтобы меня в конце концов выписали. Но если тебя выписывают, это не значит, что все плохие мысли остаются в больнице, — рассуждает Джеймс, — в целом, мне кажется, побочные эффекты перевешивали положительные». Проведя в клинике около месяца, он просто начал говорить сестрам и психиатрам то, что они хотели слышать. «Так ты и выбираешься из больницы. Не потому что тебе лучше, или ты излечен, или не думаешь о плохом. Ты просто говоришь то, что позволит им выпустить тебя на волю».

В конце концов Джеймса отправили жить к матери с диагнозом «параноидальная шизофрения». В по-

следующие визиты диагноз будет пересмотрен и изменен на «шизоаффективное расстройство»: сочетание симптомов шизофрении и расстройства настроения (вроде мании и депрессии). Недавно диагноз Джеймса снова поменялся — теперь это «биполярное расстройство».

Джеймс, со своей стороны, не особенно обращает внимание на такие ярлыки. «У меня синдром Джеймса», — пожимает он плечами.

ТВЕРДО СТОЯТЬ НА НОГАХ

Ты понимаешь, что все это неправда.

Тебя заставили поверить в то, что ты очень важен, что ты нужен этому миру. А затем ты видишь, что это был обман. Твой мозг сыграл с тобой злую шутку. Ты чувствуешь себя преданным.

Со временем симптомы Джеймса свелись к тому, что профессионал назвал бы бредом величия. По выходе из клиники он значительное время провел, свернувшись перед телевизором на диване в доме у матери, пытаясь понять, в какой же момент все пошло не так.

Каждые две недели к нему заходила медсестра, чтобы сделать очередной укол. Ампулы хранились в мамином холодильнике. Перед приходом медсестры Джеймс стаскивал себя с дивана и шаркал на кухню, чтобы вынуть ампулу из холодильника и положить на стол — теплую жидкость было не так больно вводить.

Сегодня Джеймс сидит на своем диване, он тянется за табаком, делает самокрутку. Он прочищает горло.

«Мне очень сложно было смириться с тем, что я провалил армейскую подготовку. Наверное, даже сложнее, чем со своими психическими проблемами. Я так старался, так хотел быть лучшим, думаю, из-за этого было еще тяжелее, когда меня уволили. Если вкладываешься во что-то целиком, чертовски больно, когда все летит в тартарары. От меня избавились, как от обузы, посадили в караульную и велели ждать мамочку. Мне кажется, какая-то часть меня не могла пережить это предательство, то, что меня снова отвергли. Так что вместо этого мозг сконструировал другую реальность, в которой я все еще был важен для них».

Джеймсу нелегко было подняться с маминого дивана и начать строить жизнь заново, и первые несколько попыток не привели ни к чему хорошему.

Больше страданий. Больше госпитализаций.

Джеймсу сказали, что не стоит рассчитывать на то, что он сможет когда-то устроиться на работу, вступить в отношения или жить отдельно. Он воспринял эти слова как вызов. Он считает, что в конечном итоге ему нужно благодарить за это армию. Что если он добился хоть чего-то в жизни, то во многом это случилось потому, что в армии его научили самодисциплине и привили веру в собственные силы.

Джеймсу было 25 лет, когда он попытался устроиться на работу в пожарно-спасательную службу. Физическую подготовку он сдал с первого раза, но, поскольку он не стал скрывать историю своей болезни, врач из департамента охраны здоровья предложил ему подождать месяц, посмотреть, как пойдут дела, и затем прийти еще раз. Джеймс не удивился, но и сдаваться он не думал. Еще четырежды его просили «прийти через какое-то время». Он приходил. Птичка

напела, что разрешение на работу ему стоит просить в министерстве внутренних дел, — так Джеймс стал первым в Британии пожарным с диагнозом «шизофрения».

Джеймс так и не заполучил Меч чести, но за восемь лет, что он провел с пожарной бригадой, он заслужил благодарность начальника за участие в сложных спасательных операциях.

Мотивационные речи Джеймса теперь пользуются популярностью. Он рассказывает о своем опыте, чтобы бороться с дискриминацией и улучшать качество услуг, оказываемых психиатрическими службами. Мне легко это представить, Джеймс — прирожденный рассказчик. Он также помогает консультациями и тренингами в сфере восстановления после обострений психических расстройств. Джеймс признается, что он поведал мне только половину истории: когда он получал награду от пожарной службы, из толпы на него смотрела Лесли, жена.

Они встретились вскоре после первой госпитализации Джеймса. С тех пор прошло 28 лет, но Лесли так же неизменно поддерживает мужа. Несколько лет назад, вспоминает Джеймс, они были вместе в Дублине — Джеймс должен был читать лекцию по случаю Всемирного дня психического здоровья. Он говорил о важности заботы и семьи. После окончания лекции множество людей захотели поговорить с женой Джеймса. Ее пригласили было на сцену, чтобы она сама сказала несколько слов, но я не удивился, когда услышал, что Лесли отказалась. Пока я находился в их доме, Лесли тоже в основном давала говорить Джеймсу. Для него же самое важное — знать, что она рядом. «Люди говорят о независимости, — поясняет Джеймс, — неудивительно, что ребята в больнице так

боятся выписки, если им только и говорят, что о независимости. Я не думаю, что нужно учить людей полной самостоятельности. Взаимная зависимость, сосуществование — вот что важно».

Во время нашего разговора собака Джеймса — новошотландский ретривер по имени Элла — лежит, свернувшись, на диване рядом с ним. Он чешет ей живот: «Я тебя люблю, Элла. Ты зависишь от нас, а мы зависим от тебя».

Рецидивы болезни для Джеймса — часть жизни. Каждый раз, когда случается обострение, он снова особенный, важный, незаменимый. Он король, солдат, мессия. Падать с этого высокого пьедестала больно, но неизменная поддержка Лесли, нескольких близких друзей и любимой собаки смягчают падение.

Диагноз

Я много думал о том, что сказал мне Джеймс. О том, как, получив целый букет разных психиатрических диагнозов, включая несколько подвидов шизофрении и (недавно) биполярное расстройство, Джеймс больше не особенно обращает на них внимание. Хватит с него.

«У меня синдром Джеймса», — заключает он.

Его опыт приобретения многочисленных психиатрических ярлыков не удивит никого, кто провел хоть какое-то время в контакте со службами психиатрической помощи. Большинство людей, с которыми вы познакомитесь в этой книге, получали два-три разных диагноза, некоторые — намного больше. Один из моих друзей, «получатель психиатрических услуг», шутит, что собирает диагнозы, как покемонов.

Конечно, есть множество объективных причин, по которым психическое расстройство может в разное время быть диагностировано по-разному. Если я сегодня пойду к терапевту с вывихнутым плечом*, а на следующей неделе — с першением в горле**, то доктор вполне резонно придет к разным заключениям. Чтобы оправдать смену психиатрического диагноза, мы можем сказать, что проблемы и их проявления изменились. Но скажу вам по секрету: никто (даже самые ярые защитники психиатрической диа-

---

*Плечо мое и правда побаливает, но я проявляю завидное мужество по этому поводу.

**Не хочу жаловаться, но я определенно чувствую приближение ангины.

гностики) не верит, что смена диагноза объясняется в большинстве случаев именно так. На самом деле совершенная неспособность последовательно ставить верные диагнозы уже долгое время подогревает что-то вроде экзистенциального кризиса психиатрии. Это ахиллесова пята, в которую критики не перестают метить. Вполне может оказаться, что диагноз «синдром Джеймса» куда более надежен, чем «шизофрения», и уж точно не менее научен. Мне думается, такое заявление может обескуражить читателя. Чтобы объясниться, мне нужно на какое-то время занять ваше внимание историей увесистого и противоречивого издания под названием «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам», которое часто сокращают до аббревиатуры *DSM*. Эта книга считается чем-то вроде Библии психиатрии*.

Впервые опубликованное в 1952 году Американской психиатрической ассоциацией руководство *DSM* стало первой попыткой создания исчерпывающего диагностического инструмента. В этом издании были собраны все диагностируемые психические расстройства, к каждому прилагался список симптомов, которые, при выявлении их у пациента, позволяли психиатру поставить формальный диагноз. Вся суть в том, что так врач мог быть уверен, что другой специалист, руководствующийся тем же изданием, придет к такому же заключению. Это руководство призвано было наконец-то покончить со всем известной проблемой — психиатры слишком часто не могли согласиться в том, что же «не так» с пациентом.

---

*Ее, как и Священное Писание, стоит воспринимать со здоровой долей скепсиса.

Но получилось так, что первое издание *DSM* оказалось не слишком эффективным решением этой проблемы. Так же и сиквел, *DSM*-II, вышедший шестнадцать лет спустя, в 1968 году, не помог выйти из затруднительной ситуации. Оба издания содержали фатальный дефект: описания расстройств были слишком коротки и расплывчаты, чтобы на что-то серьезно повлиять.

Проведенные исследования показали, что два психиатра, осматривая одного и того же пациента (иногда с разницей буквально в минуту), ставят одинаковый диагноз только в 50 % случаев[38]. Это слишком походило на подбрасывание монетки. В лучшем случае речь шла об обоснованных догадках, в худшем — о гадании на кофейной гуще. Последовавшие затем исследования вскрыли еще одну проблему: критические расхождения в том, как психиатрические диагнозы ставятся в разных странах. В одном из экспериментов группе психиатров из Америки и Британии показывали видеозаписи пациентов из США и Великобритании. Британские специалисты заключили, что видят признаки маниакально-депрессивного расстройства, шизофрении и расстройства личности. В то же время американцы поставили диагноз «шизофрения» абсолютно всем[39].

Так что психиатрическая диагностика и так уже некрепко стояла на ногах (особенно в связи с подходом американских психиатров, которые ставили шизофрению направо и налево), когда получила новый сокрушительный удар.

В эксперименте, который оказался одним из самых важных событий в жизни современной психиатрии, психолог Дэвид Розенхан и несколько его коллег намеренно попали в различные психиатрические госпитали по всей Америке. Они провернули «втор-

жение», симулируя один-единственный психотический симптом. Каждый из них рассказал при поступлении, что слышит голоса, говорящие: «Пусто, серо, глухо». Как только участников эксперимента помещали в палату, они больше не упоминали о голосах и вели себя абсолютно нормально (что бы это ни значило). Вопрос экспериментаторов заключался в следующем: заметит ли кто-то, что они симулировали? Ответ: нет, этого не произошло[40]. Поразительным образом персонал оставил псевдопациентов в госпитале (в некоторых случаях — на много месяцев), каждому пришлось признать, что у него есть психическое расстройство и принимать лекарства.

Всем симулянтам, кроме одного, по выписке был поставлен диагноз «шизофрения в ремиссии».

Результаты эксперимента иногда приводят как свидетельство жестокости и некомпетентности медицинского персонала, возможно, потому, что примерно в то же время на большие экраны вышел фильм «Пролетая над гнездом кукушки». Люди просто боялись — хоть в этом страхе и было некое вуайеристское удовольствие, — что если они попадут в сумасшедший дом, то никогда не выберутся, что они могут оказаться наедине с психами и сестрой Рэтчед. Сам Розенхан советовал воздерживаться от наиболее зловещих интерпретаций: «Было бы прискорбной ошибкой заключить, что произошедшее является свидетельством глупости или злого умысла медицинского персонала. Скорее наоборот, наше общее впечатление было таково, что этим людям не все равно, что они хотят помочь и что они весьма умны. Логичнее будет отнести их ошибки, иногда роковые, на счет среды, в которой они находятся постоянно, а не на счет бессердечия или непрофессионализма. Их восприятие и поведение

определялись ситуацией, а не плохим отношением к пациентам. В более благоприятной среде (меньше привязанной к ярлыкам и диагнозами) прогнозы и заключения их, вероятно, также были бы благоприятнее»[41].

Несмотря на это заявление, американская психиатрия претерпела унижение, отголоски которого чувствовались и за пределами США. Атакуемые со всех сторон и неудовлетворенные первыми двумя изданиями *DSM*, члены Американской психиатрической ассоциации сформировали группу, которая в конце концов издаст в 1980 году *DSM*-III.

Да, на первый взгляд такая реакция не кажется радикальным поворотом в науке. Но никогда, ни до, ни после, третья часть франшизы не становилась такой сенсацией. Именно в этот год психиатрия (если точнее — биомедицинское ее течение) восстала, как феникс из пепла, и заявила свои права на понимание человеческого разума.

Оглядываясь назад, уже нелегко понять, как произошел этот грандиозный сдвиг. Надежность диагнозов в клинической психиатрии все так же осталась (и остается до сих пор) под большим вопросом*. И все же *DSM*-III предложило миру кое-

---

*Стоит здесь упомянуть, что американское *DSM* — не единственный инструмент для диагностики психических расстройств. У Всемирной организации здравоохранения есть собственное похожее руководство — «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» (*ICD*). Когда было выпущено *DSM-III, ICD* переживало уже девятое издание. Тем не менее практикующие психиатры и другие специалисты в сфере психического здоровья предпочли пользоваться *DSM-III*, а не *ICD-9*, поэтому я и говорю о нем больше. На сегодняшний день в Великобритании специалисты нередко обращаются к обеим системам или же ни к одной из них. В этом есть практический смысл, но это, конечно, не добавляет надежности и стабильности диагностической системе.

что менее осязаемое, но на поверку чрезвычайно важное: оно наконец-то выглядело, как порождение науки. На его страницах не было больше затхлого фрейдизма и психаналитического диалекта, к которому так надолго пристрастилась психиатрия. Вместо этого появились детальные, развернутые и очень конкретные диагностические критерии для каждого расстройства вкупе с удобными таблицами и списками.

Возьмите, к примеру, депрессию. В *DSM*-II она звалась «депрессивным неврозом» и описывалась так: «проявляется в чрезмерной депрессивной реакции на внутренний конфликт или определенное событие в жизни по типу потери любимого или ценного имущества»[42]. В противоположность этому описание «клинической депрессии» в *DSM*-III занимало несколько страниц, включая детальную памятку. Чтобы попасть под это определение, пациенту необходимо было продемонстрировать как минимум пять различных симптомов. Одним из них должно было обязательно быть сниженное настроение, и наряду с ним еще четыре симптома (из восьми возможных) вроде потери аппетита, бессонницы, апатии, суицидальных мыслей и так далее[43]. Эти симптомы должны были проявляться почти каждый день в течение хотя бы двух недель. Также детально были прописаны критерии, исключающие депрессию. Все это очень четко: простым языком написано, что такое депрессия и что ею не является. То же для маниакально-депрессивного расстройства. То же для шизофрении.

И на первый взгляд все это в высшей степени разумно. Так же как было разумно — и, безусловно, необходимо, — что в 1974 году (в шестой редакции *DSM*-II) гомосексуальность была наконец исключена из списка психических расстройств.

Но вопрос, который нам нужно задать: как, собственно, принимаются эти решения? Почему депрессия определяется наличием пяти симптомов, а не четырех или шести? Почему две недели, а не два дня, не два месяца? Почему в 1973 году гомосексуальность — болезнь, а в 1974 — уже нет?

Это все хорошие вопросы, потому что они приводят нас к критике *DSM* и в конечном счете выявляют ключевой недостаток в самом фундаменте психиатрии.

«Я обычно провожу такую аналогию: в XVII веке несколько деревенских жителей могли собраться и единогласно заключить, что их соседка — ведьма». Это слова клинического психолога и писательницы Люси Джонстон, мы уже встречались с ней на страницах этой книги, когда говорили о стигме. Она еще утверждала, что самый надежный способ избавиться от стигмы — отменить психиатрические диагнозы. Как и Джеймс, она не особенно доверяет названиям для таких вещей. На самом деле она считает, что и вещей-то никаких нет. «Когда-то давно существовал тренд на разоблачение ведьм, — поясняет она. — Вероятно, все жители деревни могли быть твердо уверены, что старушка, живущая на отшибе со своими кошками и метлой, — ведьма. Так что это заключение, на которое можно полагаться. Но разве можно сказать, что они в самом деле распознали ведьму?»

Доктор Люси Джонстон говорит о разнице между научными концепциями «надежности» (которая говорит лишь о согласованности, постоянстве результатов или мнений) и «достоверности» (если по-простому: как утверждение отражает объективную реальность). «Можно убедить всех вокруг, что у человека шизофрения, — продолжает Джон-

стон, — хотя на практике обычно невозможно даже это. Но, предположим, вам удалось. Значит ли это, что вы идентифицировали нечто реальное? *DSM* добивается только надежности, но никак не достоверности. Мы понятия не имеем, отражают ли наши диагнозы хоть что-то реальное. Я считаю, что не отражают».

Нам может быть сложно переварить эту информацию. Такие термины как депрессия, синдром дефицита внимания, шизофрения широко используются как в СМИ, так и в повседневной жизни, и ни у кого не возникает вопросов. Как эти слова могут не отражать реальности?

Или более конкретно: как эти слова могут не иметь ничего общего с материальными вещами в нашем мозге или генетическом коде?

Само собой, нигде чаще не используют психиатрические диагнозы, чем в профильной больнице. Когда я работал медбратом в психиатрической клинике, во время пересменки (именно тогда случаи пациентов обсуждаются всей командой) диагноз человека часто был первым, что о нем говорится, вместе с именем и отделением: «Мохаммад Х., третье отделение, долгая история параноидальной шизофрении…», «Джейн И., свободное посещение, похоже на первое проявление биполярки…» и так далее.

Я ни в коем случае не хочу сказать, что оглашение диагноза — это все, что можно услышать на пересменке. Вовсе нет. Много времени уделяется обсуждению того, как люди себя чувствуют, планам ухода, назначению препаратов и оценке рисков. Но диагноз человека совершенно точно занимал доминирующую позицию, объявлялся в самом начале, на-

ряду с такими реальными и конкретными вещами, как полное имя и местонахождение. Это что-то да значит, правда?

Чтобы ответить на эти вопросы, Люси Джонстон подчеркивает важное различие между симптомом и признаком какого-либо заболевания[44].

Симптомы — это те жалобы, с которыми человек приходит к врачу или фармацевту, что-то вроде тошноты, болей, усталости и тому подобного. Часто симптомы исключительно субъективны по своей натуре. Представим, например, что человек приходит на прием к врачу, потому что все время хочет пить, несмотря на нормальное потребление жидкости. Это субъективный симптом: у нас пока нет инструментария, чтобы подтвердить или опровергнуть аномальную жажду пациента. Вместо этого мы верим пациенту на слово и начинаем думать о возможных причинах.

Можно также спросить у пациента, происходило ли еще что-то необычное в последнее время. И, скажем, пациент и правда испытывал другие симптомы: он все время устает, и, если подумать, то он немного потерял в весе. В этот момент врач (поскольку он понимает, что он всего лишь малюсенький кусочек книги о «психическом расстройстве» и потому пора заканчивать с этим примером) начинает склоняться к диагнозу сахарный диабет.

Но такой диагноз ставится не только на основе субъективных симптомов. Любой врач проверил бы свое предположение, назначив анализы, которые выявят признак болезни, который, в отличие от многих симптомов, может быть подтвержден другими людьми. Обычно признаком болезни является показатель, который можно сравнить с объективной нормой.

Так что в нашем случае признаком болезни может стать повышенный уровень глюкозы в крови, который объективно можно подтвердить тестами.

Очень важно здесь то, что установлена биологическая причинно-следственная связь между признаком и симптомом. Повышенный уровень глюкозы вызван сниженной чувствительностью тканей и нарушением выработки глюкозы. Это, в свою очередь, означает, что телу необходимо сжигать больше собственного жира и мышц, чтобы производить энергию — отсюда усталость и потеря веса.

Я не хочу сказать, что мы полностью понимаем механизмы сахарного диабета. Как и в случае с большинством заболеваний, наше понимание развивается со временем, и в последние годы были открыты новые причины повышения уровня глюкозы в крови (признаки признаков, так сказать), что позволило начать испытания новых способов лечения. И все же именно понимание связи между симптомом и основополагающей биологической причиной является фундаментом всей клинической диагностики за одним-единственным исключением — психиатрия.

«Мне кажется, что мы недостаточно говорим о том, — сетует доктор Люси Джонстон, — что нет твердых доказательств тому, что все эти психиатрические проблемы — или, по крайней мере, большинство из них — результат конкретного нарушения в теле или головном мозге».

Честно говоря, за все годы работы в психиатрической клинике я ни разу не видел, чтобы Мохаммаду Х. или Джейн И. назначили МРТ или анализ крови, чтобы подтвердить шизофрению или биполярное расстройство.

Ни единого раза.

Потому что это невозможно. Не существует таких анализов*. И этот недостающий кусочек пазла неизменно ставит под большой вопрос научное обоснование психиатрических диагнозов.

После издания в 2013 году нового руководства — *DSM*-5 — Томас Инсел, руководитель Национального института психического здоровья (самой крупной организации, исследующей вопросы психического здоровья), написал:

Задача нового руководства, как и предыдущих его изданий, заключается в создании общепринятого языка для описания психопатологий. Несмотря на то, что *DSM* иногда сравнивают с «Библией» в своей

---

*Вернее будет сказать, что таких тестов не существует для большинства психических расстройств. Но все же существует небольшое количество расстройств, которые можно подтвердить подобным образом. Многие формы деменции можно совершенно четко наблюдать на снимке головного мозга, а генетический анализ может определить болезнь Хантингтона. Эти расстройства вкупе еще с кучкой других неврологических болезней часто называют «органическими» заболеваниями психики именно из-за их этиологии. Тем не менее у большинства психиатрических расстройств, включенных в DSM (и в ICD), включая т. н. шизофрению, т. н. биполярное расстройство, т. н. клиническую депрессию, т. н. пограничное расстройство личности, т. н. обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), т. н. генерализированное тревожное расстройство, т. н. расстройства приема пищи, т. н. посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), т. н. синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), т. н. дисморфофобическое расстройство, т.н бредовое расстройство, т. н. зависимое расстройство личности, т. н. циклотимию, т. н. расстройство социального функционирования по расторможенному типу, т. н. диссоциативное расстройство личности, т. н. невротическую экскориацию, т. н. эксгибиционистское расстройство, т. н. синдром Мюнхгаузена, т. н. трансвестизм, т. н. фетишизм, т. н. фроттеризм, т. н. патологическое накопительство, т. н. ипохондрию, т. н. интермиттирующее эксплозивное расстройство, т. н. паническое расстройство, т. н. синдром руминации, т. н. гиперлибидемию, т. н. нациссическое расстройство личности, т. н. социофобию и множество других, нет никакой доказанной биологической причины, и не существует тестов, способных подтвердить или опровергнуть такие диагнозы.

области, это в лучшем случае словарь, предоставляющий определенные ярлыки и их описания. Полезность каждого издания *DSM* исчерпывается «надежностью» — тем, что специалисты будут одинаковым образом использовать терминологию. Недостаток же *DSM* — в отсутствии достоверности… Люди, страдающие психическими расстройствами, заслуживают лучшего[45].

Столкнувшись с этим мнением и шквалом схожей критики со всех концов профессионального поля, глава выпускающего комитета *DSM*-5, доктор Дэвид Купфер, признал:

> *В будущем, мы надеемся, мы научимся определять расстройства с помощью биологических и генетических маркеров с полной надежностью и достоверностью. И все же это будущее, предвкушаемое еще с 1970-х годов, остается достаточно отдаленным. Мы десятилетиями говорили пациентам, что ждем обнаружения биомаркеров. Мы ждем до сих пор*[46].

Все это ставит перед нами резонный вопрос. Если психические расстройства не определяются (известными нам) биологическими причинами, то чем они вообще определяются? Мы также можем вернуться к вопросу, который задавали выше: как так выходит, что вчера гомосексуальность — расстройство, а сегодня — уже нет? И каким образом диагностические критерии стали настолько более точными (по крайней мере со времен *DSM*-II)?

Короткий ответ (он же длинный ответ, это иногда сбивает с толку) заключается в том, что мы более-менее выдумываем критерии на ходу.

Ну, или группы влиятельных психиатров выдумывают критерии на ходу. Прорыв, который совершило издание *DSM-III*, во многом заслуга доктора Роберта Спитцера, собравшего группу коллег-единомышленников, чтобы решить вопрос о внесении и исключении (в основном добавлении) определенных расстройств в руководство *DSM*, а также согласовать определения и диагностические критерии этих расстройств*.

Выражаясь иначе: комитет решает, что мы будем называть психиатрическим расстройством.

Такие комитеты и консультирующие их люди будут, несомненно, опираться на то, что они наблюдают в своей клинической практике. Но также невозможно отрицать, что на их решения будут влиять и другие факторы — политические, социальные или экономические. Именно поэтому гомосексуальность перестала быть болезнью — просто пришли новые времена. Точно так же набравший силу феминизм ответственен за удаление из пересмотренного издания *DSM*-III 1987 года диагнозов «предменструальный синдром»

---

*Спитцер и его коллеги считаются неокрепелинцами. Эмиль Крепелин (1856–1926) уже упоминался в этой книге как человек, впервые описавший шизофрению. Многие считают Крепелина основателем современной психиатрии. Он работал примерно в одно время с Зигмундом Фрейдом и во многом был его идеологическим оппонентом. Крепелин твердо верил, что психиатрические расстройства — результат биологических нарушений, он также посвятил существенную часть своей карьеры созданию психиатрической классификации и систематизации. Психиатры 1950-х и 1960-х годов, поклонники психоанализа, отвергали идеи Крепелина, потому что верили, что диагностика является скорее препятствием для лечения. Спитцер и его коллеги-неокрепелинцы, таким образом, были достаточно немногочисленной и маргинальной группой, пока не наступил их звездный час с изданием *DSM*-III.

и «мазохистическое расстройство личности» (читай: ты сама виновата в бытовом насилии)[47].

В интервью 2007 года психиатр и писатель Дэниел Карлат спросил доктора Роберта Спитцера о том, как именно его команда решила, что человеку нужно продемонстрировать как минимум пять симптомов, чтобы получить диагноз «клиническая депрессия». Спитцер лукаво улыбнулся и ответил: «Потому что казалось, что четыре — это недостаточно. А шесть было уже чересчур»[48].

Что ж, интуитивно с этим можно согласиться. Конечно, гомосексуальность — не болезнь. Не стоило вообще запихивать ее в эту категорию. И пять — очень приятное, полное число (надеюсь, вы получите удовольствие, прочтя пять историй, приведенных в этой книге).

Но не нужно путать все это с наукой. *DSM* — это, пользуясь словами бывшего директора Национального института психического здоровья доктора Стивена Займана, «страшный сон любого ученого»[49].

Несмотря на все сказанное, нельзя назвать все психиатрические диагнозы абсолютно произвольными. Это не так. Диагнозы — это названия, данные определенному комплексу переживаний и поведения, которые достаточно часто проявляются все вместе.

Школьник, которому часто тяжело фокусировать внимание на учителе, также может легко отвлекаться на происходящее вокруг. Ему может быть непросто следовать инструкциям. Ему может быть тяжело дожидаться своей очереди, и потому он перебивает одноклассников, непрестанно ерзая на стуле. Такого поведения в комплексе часто бывает достаточно, чтобы поставить диагноз СДВГ. Подобным образом ставится почти любой психиатрический диагноз. Испуганный

подросток, который утверждает, что слышит голоса, говорящие ему причинить себе вред, может также иметь тревожные и странные мысли. Его преследуют соседи. В его мозг телепатически передают идеи. У него нет социальной жизни, он апатичен, его родители утверждают, что он растерял все свои амбиции. Подобные истории звучат настолько часто, что можно говорить о паттерне, о закономерности и концепции — ее мы и называем шизофренией.

Подвох диагностического процесса состоит в том, что у этих паттернов совсем не редко оказываются весьма размытые границы. Человек, в голову которому приходят мысли, типичные для так называемой «шизофрении мышления», может также испытывать чувства, обычно ассоциируемые с так называемым «биполярным расстройством» или с «депрессией». Это отчасти объясняет, почему столь многим пациентам на протяжении жизни ставят разные диагнозы. Также стоит об этом помнить, когда мы думаем о причинах поразительно быстрого увеличения числа «психических заболеваний». В *DSM*-I было описано 128 психических расстройств, которыми может страдать человек. *DSM*-III добавил к списку еще сотню, но на этом никто не остановился. В *DSM*-5 расстройств уже 541.

Что-то выглядит немного как шизофрения и немного как биполярное расстройство? Вуаля: шизоаффективное расстройство.

Возможно, кто-то испытывает симптомы, типичные для конкретного расстройства, но им немного недостает интенсивности? Ничего, всем можно поставить диагноз. У вас не совсем еще клиническая депрессия? Поздравляю — дистимия. Что-то не так, но еще не биполярное расстройство? Это циклотимия. Можно привести фразу, которой часто пользуются критики психиатрической диагностики: на

всех найдется диагноз. Фармацевтические компании также оказали влияние на этот феномен. В то же время некоторые академики не считают совпадением, что этот процесс начался в эпоху Тэтчер и Рейгана, а также в момент усиления неолиберальной политики, направленной на переклассификацию граждан в потребителей и характеристику бедности как вины бедных.

Мы знаем наверняка, что крайняя нищета и социальное неравенство негативно влияют на наше психическое состояние, и нет нужды говорить, что эти факторы неразрывно связаны с политикой. Увеличение числа психиатрических диагнозов может — по крайней мере, в какой-то степени — служить интересам влиятельных политиков. Лучше путь миллениал, отдающий две трети своей нестабильной зарплаты за аренду затхлой комнатенки в доме с другими такими же бедолагами, считает, что у него «паническое расстройство», чем ищет причины проблем в другом месте.

Сегодня психиатрические диагнозы в чем-то похожи на модные бренды — в этом сезоне популярны* «депрессия» и «тревожность», их продвигают и монетизируют, публикуя огромное количество книг по «самопомощи», разрабатывая новые способы лечения. В то же время менее популярные бренды вроде так называемого расстройства личности не получают финансирования — так выковывается очередной виток неравенства.

Я лично считаю, что Стивен Фрай довольно точно сказал, что «наклеивание подобных ярлыков больше говорит о состоянии общества, чем о человеческом

---

*Я, конечно, не имею в виду, что они больше по нраву тем, кто испытывает их симптомы. Я говорю лишь о количестве публичного внимания, сочувствия и вливаемых ресурсов.

разуме». Он говорит здесь о собственном опыте — ему ставили и диагноз «биполярное расстройство» и циклотимию. Сам Фрай выразился, как всегда, поэтично: «Бабочка не перестанет летать, назови ее монархом, птичкой или *Danaus plexippus*. Названия важны, но иногда они мешают осмыслению»*.

Доктор Люси Джонстон и ее единомышленники также считают, что, кроме антинаучности методов постановки психиатрических диагнозов, существует еще одна проблема. Описанные в различных руководствах «симптомы» обычно состоят из мыслей, чувств и поступков «пациента», и сложно бывает провести границу между «нормальным» и «ненормальным».

Даже высокопрофессиональные специалисты могут иметь разные точки зрения (и обычно так и бывает) на, например, то, каков «подобающий» уровень внимания у ребенка, и, соответственно, ставят детям диагноз СДВГ по-разному.

Наши мысли и чувства и так являются крайне субъективной материей, а специалисты в области

---

*Эта цитата взята из предисловия, которое Стивен Фрай написал к книге профессора Питера Тайрера «Укрощение внутреннего зверя: развенчивание стереотипов о расстройстве личности» (*Taming the Beast Within: Shredding the Stereotypes of Personality Disorder*). Эта недавно вышедшая книга тут же подверглась шквалу критики: многие сочли выбор названия неподходящим и даже оскорбительным — разговоры о «звере» скорее продвигают стереотипы, чем развенчивают их. Эту точку зрения можно понять. Хорошо известно, что многие — хотя, конечно, не все — люди с расстройством личности пережили ужасное детство: физическое, эмоциональное и сексуальное насилие. Предположение о том, что «зверь» — это что-то «внутреннее», а не следствие жестокости внешнего мира, конечно, будет вызывать злость и отторжение. В то же время я ни на секунду не могу представить, что автор хотел кого-то обидеть или обесценить чей-то опыт. Он наверняка имел добрые намерения. Как я уже говорил, нет никакого непротиворечивого языка в разговоре о психических расстройствах. Но, пожалуй, о «внутреннем звере» лучше не упоминать вовсе.

психического здоровья вынуждены добавить еще один уровень субъективности, чтобы составить собственное суждение. Детский и подростковый психиатр-консультант Сами Тимими объясняет: «Когда врач заявляет, что пациент в клинической депрессии, или у него СДВГ, или биполярное расстройство, или что угодно еще, он не только превращает свое субъективное мнение во что-то наукообразное, он как бы овеществляет его — делает нечто эфемерное непоколебимым фактом». Так появляются своего рода «психические шоры»: объяснение тех или иных событий с помощью психиатрического диагноза выходит на первый план, а другие версии происходящего остаются без внимания. Так, например, если человек верит, что СДВГ — это «реальная» болезнь, существующая в его мозге и потенциально неизлечимая, то этот человек — и все его знакомые — будут действовать в соответствии с таким убеждением. Это самоисполняющееся пессимистическое пророчество[50].

И нигде этот риск не выше, чем в случае с так называемой шизофренией. «Как только звучит слово шизофрения, мы перестаем искать, — рассказывает Джонстон. — У нас появляется псевдообъяснение, и мы не смотрим глубже. Сегодня совершенно неприемлимо с профессиональной, этической и научной точки зрения говорить о таких диагнозах как о факте».

С этим аргументом я иду к профессору сэру Робину Мюррею, психиатру, который считается ведущим в Британии специалистом по шизофрении. Мы еще обратимся в свое время к его собственным исследованиям, но на мой вопрос о проблеме диагностики он отвечает однозначно: «Хотя я всю жизнь

посвятил исследованию шизофрении, — говорит он мне, — я не думаю, что она существует как отдельный конкретный феномен. Я бы ни за что не сказал пациенту, что у него шизофрения. Это во многих смыслах просто оскорбление. Я скорее бы сказал человеку, что у него повышенная уязвимость к тому, что психиатры называют психозом». Такой взгляд на шизофрению — как на крайнюю точку «спектра психозов» — широко распространен среди специалистов по психическому здоровью и исследователей, с которыми мне довелось работать. Возможно, дело здесь также в том, что я британец и работал именно в Британии. Как и до издания *DSM*-III, существует значительная разница в американских и британских диагностических интерпретациях. Американские специалисты в массе своей до сих пор считают, что шизофрения — дегенеративное заболевание мозга (вроде деменции), несмотря на то, что (если верить словам профессора Мюррея) весомых доказательств этому нет. Профессор в недавней своей статье написал: «Описываемый синдром уже начинает распадаться на множество различных случаев, вызванных вариацией числа копий [хромосомных сегментов в ДНК], злоупотреблением наркотиками, неблагоприятными социальными условиями и так далее. Скорее всего, процесс этот будет ускоряться, и термин “шизофрения” станет достоянием истории, как, например “водянка”»[51]. Неудивительно, что Мюррей весьма скептически относится к *DSM,* — для него это локальная американская система, с которой он не хочет иметь дела.

Так почему же, спрашиваю я, категории *DSM* продолжают быть фундаментом множества психиатрических дискуссий и исследований даже здесь, в Великобритании?

Ответ профессора поражает своей искренностью: «Исследователи вроде меня часто вынуждены использовать критерии *DSM* в своих работах. Причина — нам нужно печататься в американских журналах, потому что от импакт-фактора* зависит твоя должность в университете. И от индекса Хирша**. А напечататься в “Американском психиатрическом журнале” в три раза ценнее, чем в “Британском психиатрическом журнале”. Так что иногда мы используем критерии *DSM*, даже если сами не верим в их эффективность».

Это довольно удручающе, и об этом говорили и другие знакомые мне исследователи. Даже те, кто не особенно переживают за публикации своих статей в американских журналах, чувствуют, что руки их связаны. Широкий консенсус выглядит как-то так: несомненно, категоричные диагнозы (вроде депрессии и шизофрении) вводят пациентов в заблуждение. И мешают исследованиям. Но вся система клинической диагностики опирается на такие вещи, так что мы можем сделать? Дилемма еще и в том, что для проведения исследований нужно набрать группу пациентов. Очевидно, что отбирать их нужно по каким-то критериям и чаще всего — по предварительно поставленному диагнозу. Получается замкнутый круг. Как сказал мне один пожилой исследователь: «Если диагноз по *DSM* необходим, чтобы стать частью исследования, то если это исследование затем окажется успешным, что ж — результаты можно будет

* Импакт-фактор — количественный показатель цитируемости статей в конкретном научном журнале. Используется для оценки уровня научных журналов и качества статей.

** Индекс Хирша (*h-index*) — что-то вроде академического следа. Он показывает, сколько статей публикует исследователь и сколько раз другие исследователи цитируют его статьи.

применять только к тем, кому поставили диагноз таким же антинаучным образом. Мы сами создаем себе препятствия».

И все же мы движемся вперед. Как мы узнаем ниже, существует множество теорий о том, что вызывает такие явления, которые мы называем шизофренией. Эти теории могут помочь облегчить жизнь тех, кого коснулись подобные проблемы.

Да, вокруг диагнозов беспрестанно ведутся споры, но что бесспорно, так это страдания людей. И эти страдания, к сожалению, иногда оказываются невыносимыми.

МАТЬ

РАЗНЫЕ СМЕРТИ

Десятилетний Джо лежит лицом вверх на кухонном полу. У него закрыты глаза. Голова слегка повернута, светлые локоны разметались по полу, рядом стоит детский мольберт.

На этой фотографии я не могу разглядеть лезвие ножа, но, похоже, оно очень глубоко засело в шее ребенка.

«Он всегда любил розыгрыши», — говорит Клэр. Она показывает мне альбом в «Фейсбуке», здесь около тридцати фотографий Джо. Фото не в хронологическом порядке, поэтому мы скачем туда-сюда: от бодрого, радостного, бесконечно энергичного маленького мальчика, показывающего на камеру скейтборд или играющего с младшими братом и сестрой в семейном доме в Нью-Хейвене, штат Коннектикут, к Джо-подростку, семнадцати- или восемнадцатилетнему в «открытые дни» различных психиатрических клиник Кардиффа, Уэльс.

На одной из таких фотографий семья собралась в парке Рот, известном парке викторианского периода в центре Кардиффа. Стоит ясное, холодное рождественское утро, семья собралась у озера. Клэр здесь, тут же отчим Джо — Эд и дети Клэр и Эда. Младшая сестра Джо взгромоздилась на новый велосипед. Дедушка — в смешной новогодней шапке. Джо стоит

немного в стороне ото всех, у самого края кадра. Его кудрявые светлые волосы сбриты. Он очень пополнел. Лицо бледное и опухшее. Выражение — он смотрит прямо в камеру — абсолютно пустое.

Щелчок мышки — и вот снова непоседливый мальчуган: ребенок, любящий розыгрыши, мистера Бина, природу и динозавров. На фотографии он взобрался, растопырив ноги, на высоту половины дверного проема.

Сложно увязать между собой эти два образа, видеть одного и того же человека таким изменившимся за короткий период времени. «Он превратился из такого милого мальчишки в… — Клэр понижает голос. Она ищет подходящие слова. — Иногда мне было тяжело на него смотреть».

Пройдет меньше десяти лет с того момента, как Джо лежал на кухонном полу в Нью-Хейвене, притворяясь мертвым, — и он умрет один в грязной квартирке в Кардиффе. Он так и не найдет те сэндвичи, что Клэр оставила у двери. Она волновалась, что сын может быть голоден.

Ребенка можно оплакивать по-разному. Можно завидовать обстоятельствам, при которых погибли чужие дети. Этому научила меня Клэр. Можно видеть в новостях похороны солдат, погибших в Ираке, и отчаянно бороться с чувством зависти — их родители могут по крайней мере гордиться тем, как умерли их сыновья.

Можно завидовать матери, чьего ребенка унесла лейкемия. Какой чудесный малыш, какая потеря. Как благосклонно общество к тем, кто умер таким способом.

Можно изводить себя, виня за эти мысли. Это чувство вины высасывает энергию, приковывает к кровати. Эта вина соединяется с другой ужасной, постыдной, грязной виной. Страдание в полном одиночестве.

Мы с Клэр нашли скамейку в парке Рот, отсюда недалеко до места, где была сделана фотография.

Клэр сама предложила встретиться здесь. Парк расположен недалеко от дома, где они жили вместе до того, как все началось.

Воспоминания Клэр привязаны к физическим точкам на карте, и во время наших бесед она приводит меня в некоторые из тех мест, где хранятся ее воспоминания.

У меня есть ощущение, что я встретил Клэр в некоторый переломный для нее момент. Ее сын погиб восемь лет назад, она только что развелась и размышляет над тем, что же хочет делать в будущем. Раньше она была физиком. Она защитила кандидатскую в Кембридже. Клэр неохотно делится информацией о своей карьере, более того — с подозрением спрашивает о том, зачем я хочу включить даже эти незначительные детали в ее историю.

Проблема, объясняет она мне с мягким шотландским акцентом, оставшимся напоминанием о детстве в Эришире, в том, что это может все страшно упростить. Включая такие биографические детали, я как бы говорю читателю: вот Клэр. Посмотрите, какая она образованная, смышленая и благополучная. Она не может быть плохой матерью. Это все не ее вина.

Клэр не хочет такой интерпретации.

БОЛЬШИЕ НАДЕЖДЫ

Джо был результатом ошибки. Клэр вовсе не собиралась заводить детей. Марк — биологический отец — был веселым парнем, по крайней мере поначалу, но Клэр говорит, что «на роль мужа он никак не подходил».

Это были короткие и бурные отношения, закончившиеся скандалом, и двадцатитрехлетняя Клэр, еще работавшая над своей диссертацией, вдруг оказалась матерью-одиночкой.

Когда Джо исполнился год, она встретила Эда, невролога. Они поженились, и пять лет спустя на свет появился Джек, их старший сын. Клэр вспоминает, что Эд был абсолютно очарован своим первенцем. Иногда Клэр было тяжело видеть, насколько велика разница в привязанности Эда к мальчикам, но она могла это понять. Клэр уверена, что Эд очень старался построить настоящие родительские отношения с Джо, но у него не совсем получилось. Конечно, не способствовал этому и тот факт, что Джо был таким озорником, в то время как Джек был спокойным, более замкнутым — короче говоря, больше походил на отца.

Джеку было два года, а Джо — почти восемь, когда их родители решили перебраться в Америку. Эду предложили отличную работу— место лектора в Йельском университете.

Клэр стала домохозяйкой и воспитывала двоих сыновей. Изначально это должно было продолжаться всего год, а потом Клэр собиралась снова выйти на работу. Она согласилась остаться дома только на таких условиях. Но в глубине души она чувствовала и облегчение. Ей тяжело было совмещать карьеру и материнские обязанности. Она переживала и уставала, а компромисс с «годом передышки» позволял ей сохранить лицо. Это не было: «Все, больше не могу. Я бросаю работу». Это было скорее: «О, мы хотим в этом году сосредоточиться на карьере мужа». Два года спустя после переезда в Штаты в семье появилась дочка, Люси, и положение Клэр как домохозяйки было окончательно решено.

Они вели приятную и комфортную жизнь, по крайней мере, какое-то время. Клэр окунулась в новую культуру и с удивлением слушала, как ее дети подхватывают американский выговор. Она вспоминает одно из любимых семейных видео: Люси в детском саду стоит, прижав пухлую ручонку к груди, и приносит присягу американскому флагу.

В их новом доме в престижном зеленом районе Нью-Хейвена была электрическая дверь гаража. Эта дверь, управляемая с пульта, казалась квинтэссенцией всего американского образа жизни. Дети ходят друг к другу в гости поиграть, взрослые приглашают друг друга на ужин: все, разумеется, принадлежат к группе «успешных людей» с высокими ожиданиями от себя и других. Конечно, были и свои трудности. Когда Джо исполнилось девять или десять, стало понятно, что ему тяжело дается учеба в школе. Он не мог усвоить основные математические концепции и учителя посоветовали Клэр протестировать его на СДВГ. Это были 1990-е годы, когда диагностика и лечение этого расстройства в Америке были в зените*.

---

*На самом деле такой рост популярности напрямую связан с выходом четвертого издания *DSM* в 1994 году. Это привело к тому, что количество детей с диагнозом СДВГ увеличилось в три раза. Комитет для *DSM*-IV возглавлял американский психиатр Аллен Франсес, который не раз с тех пор говорил и писал о том, что очень сожалеет, о том, что он называет эпидемией СДВГ. Особенно заметно было это явление в Америке, где к 2013 году ошеломляющие 11% детей между 4 и 17 годами были диагностированы СДВГ. Большому количеству этих детей прописывали препараты (на которых кто-то делал огромные деньги). Франсес, который стал ярым противником *DSM*, считает, что ответственность за чрезмерное «лечение» во многом лежит на плечах недобросовестных фармацевтических компаний, легкомысленно ставящих диагнозы врачей, встревоженных родителей и издерганных учителей. Франсес предполагает, что большинство случаев — хотя, конечно, не все — того, что называют СДВГ, — это просто нормальный вариант развития ребенка. Он также приводит тревожную статистику — у младшего ученика в классе вероятность получить диагноз СДВГ в два раза выше, чем у старшего, — мы превратили детство в болезнь.

Джо подходил под некоторые критерии, но этого было недостаточно для диагноза. Уж точно этого было недостаточно для того, чтобы Клэр посадила сына на риталин, тем более что она подозревала, что учитель просто не может с ним справиться и хочет его угомонить любым способом. Они были британцы, и они не собирались вступать на эту скользкую дорожку.

А потом у Джо начался подростковый период.

СТРЕМЛЕНИЕ К НУЛЮ

Они пробовали запирать его дома, конфисковывать любимые компьютерные игры, пробовали и методы поощрения: «Если будешь хорошо себя вести, получишь мороженое». Проблема была в том, что ничего из этого не работало. Джо было неинтересно мороженое. Он перестал принимать участие в жизни семьи. Ему было тринадцать, он все еще обожал младшую сестру, но отдалялся от остальных родственников. Он все время ходил угрюмый, подавленный. В школе начались неприятности.

Однажды он украл снотворное у Эда и продал таблетки одноклассникам. В другой раз его поймали за воровством в аптеке — он пытался заполучить сироп от кашля, с которого можно «улететь». Клэр старалась рационализировать поведение Джо. Он бунтующий подросток. Это просто такой период. Когда Джо оканчивал среднюю школу, Клэр посетила мероприятие, устроенное в школе для родителей. Директор поднялся на сцену и произнес небольшую шуточную речь: «Если ваши дети добрались до старшей школы и не имели проблем с полицией — ваши дела идут отлично». Клэр утешил смех родителей после этой реплики. Ну да, у Джо были небольшие

проблемы с полицией, но всего-то из-за сиропа от кашля. В широкой перспективе это не казалось чем-то ужасным.

Но дальше становилось только хуже. К моменту четырнадцатилетия Джо родители не могли оставлять дома алкоголь или деньги, потому что они сразу пропадали. Он много пил, курил марихуану, прогуливал школу — ему на все было плевать.

Его отношения с отчимом стали чрезвычайно натянутыми, потому что Эд принял на себя роль «строгого отца» — Джо ответил неприкрытой враждебностью. Клэр считает, что к этому времени главной мотивацией Эда была защита собственных детей от последствий поведения Джо. Об этом больно было думать, несмотря на то, что она могла понять его чувства, и, конечно же, она тоже хотела оградить Джека и Люси от деструктивного присутствия старшего брата.

Я хочу узнать, на чем держались отношения Клэр с Джо, пока разворачивались эти события. Я задаю этот вопрос потом еще несколько раз.

Клэр хорошо помнит Джо и Эда, недоверие между ними, крики и ругань. И она помнит Джо, стоящего, как страж, над маленькой Люси, пока та катает машинки в саду. Но те моменты, когда она оставалась наедине с Джо — их оказывается сложнее выудить из памяти. Она похоронила те воспоминания слишком глубоко.

Он никогда не проявлял агрессии к ней — она уверена, — но и особой любви она не чувствовала. Вечера в обнимку на диване за просмотром «Симпсонов» были делом далекого прошлого. Те немногие слова, которыми они теперь перекидывались, содержали зачатки конфликта. Она могла

спросить его о деньгах, что пропали из ее сумки. Он мог буркнуть в ответ: «Это не я, что ты прицепилась». Затем восстанавливалось знакомое тяжелое молчание, прерываемое хлопком двери — Джо запирался в комнате.

Она читала книги, изучала методы — установка четких границ, задушевные разговоры: она любит сына, несмотря ни на что, но не намерена мириться с его поведением.

Примерно в то же время они опробовали и более кардинальные меры. Эд снял дверь спальни Джо с петель («Тебе придется заслужить наше доверие, Джо») и забрал его ключ от дома. Это не дало никакого эффекта. Джо сдружился с группой ребят постарше, у некоторых из них были машины, по крайней мере у одного — квартира. Он мог пропадать целыми днями.

Клэр сознательно перестала выходить в люди. Отчасти потому, что она была полностью измотана, отчасти потому, что боялась момента, когда разговор повернет в сторону детей. Ей было больно слышать, как друзья гордо перечисляют достижения своих отпрысков или жалуются на их мелкие проступки (он не слушается, он ужасно ленится), пока Джо болтается бог знает где и у него скоро суд по делу о наркотиках.

В то же время она не могла рассчитывать и на поддержку друзей. Не так давно она ожидала от Джо великих свершений, но ее ожидания постепенно снижались и теперь, по словам самой Клэр «стремились к нулю». Ей почему-то было очень стыдно. Она чувствовала на себе вес обвинения — она плохая мать. Она боялась, что другие ее осудят. Легче было оставаться дома.

Обвинение по делу о наркотиках было мелким (несколько оно вообще может быть). Джо поймали с другом в кустах, при себе у них был маленький пакет марихуаны. Но в тот момент город как раз вышел на борьбу с наркотиками, и Клэр вспоминает, что офицер полиции в участке дал понять, что Джо — худший из худших. Он пытался так запугать подростка.

Все стало выглядеть серьезнее, когда начался процесс. Суд проходил в районе, известном высокой статистикой насильственных преступлений. «Мы жили на малюсеньком островке благополучия и академии, но окружала нас самая настоящая нищета», — объясняет Клэр. Примерно в то же время в журнале *GQ* даже вышла обличающая статья: в ней рассказывалось о проблемах Йельского университета, «который живет как в зоне военных действий, среди бедности, преступности и наркотрафика — как и любой другой американский город». Клэр сидит на расписанной граффити скамейке в длинном коридоре у зала суда. Она не оглядывается по сторонам, она избегает встречаться глазами с людьми вокруг — ей представляется, что это могут быть закоренелые преступники, члены банд, люди, побывавшие в перестрелках. Впервые она позволяет себе подумать: а что, если Джо не исправится? Что, если его будущее выглядит так? Она отмахивается от этой мысли, цепляется за надежду, что этот суд даст Джо долгожданный пинок, что он не захочет больше оказываться в подобном положении.

Не успел никто моргнуть и глазом, как суд завершился. Джо присудили небольшой штраф и обязали неделю провести в палате реабилитации для подростков с наркотической и алкогольной зависимостью. После ему каждую неделю нужно было появляться

в консультационном центре для неблагополучных подростков.

Пятнадцатилетний Джо с воспалениями на жирной коже, длинноволосый (он настоял на том, что будет стричься сам), сидел, развалясь, на скамье подсудимых. Он совсем не переживал. Ему не было страшно. Он не выказывал раскаяния. Самое неприятное: он выглядел так, будто происходящее его даже слегка забавляло.

ЧЕРЕЗ ЧЕРНЫЙ ХОД

Поведение Джо играло большую роль в решении семьи перебраться обратно в Великобританию. Его исключили из школы. Никто так и не мог его контролировать.

Все больше отдаляясь от друзей, понимая, что стрессовая ситуация негативно отражается на ее браке, Клэр чувствовала себя страшно одиноко. Она надеялась, что возвращение домой позволит им положиться на помощь родственников, снова записать Джо в школу — начать все с чистого листа.

Были и другие факторы, повлиявшие на это решение. Клэр окончательно пресытилась ролью «домохозяйки в стиле 1950-х»: готовкой и уборкой, пока муж проводит время на работе. У нее не было разрешения на работу в Америке, и это, помимо прочего, определило вопрос с переездом. Эд нашел себе должность в университете Кардиффа, и они стали паковать чемоданы.

Утром того дня, когда они должны были улетать, Джо пропал. Он уехал с группой друзей — с теми ребятами, которые в основном катались по городу и искали, где купить наркотики. Джо при-

нимал все, что мог достать, включая (так думает Клэр) героин и крэк* вкупе с аптечными препаратами и алкоголем.

Иногда он мог уйти на несколько дней.

Клэр была в бешенстве, ее чуть не стошнило. Хотя такого можно было ожидать от Джо. Клэр с мужем даже заранее советовались с юристом по поводу того, что можно сделать в такой ситуации. Что, если Джо наотрез откажется лететь с ними? Могут ли они его заставить? Возможно ли покинуть Штаты без него, выслать деньги и организовать его перелет позднее? Юрист наклонился над своим столом, кинул быстрый взгляд на фотографию собственных детей в рамке. «У вас пятнадцатилетний сын, — сказал он, — и вы серьезно обдумываете возможность улететь на другой континент и оставить его одного. Вы в своем уме?»

Конечно же, она не собиралась улетать без него. Если он не ехал, то и она не могла. Все, что происходило бы дальше, происходило бы полностью на условиях Джо.

Клэр почти ни с кем не попрощалась нормально. У нее не было ни эмоционального, ни психологического ресурса, чтобы организовать вечеринку перед отъездом или что-то, хоть отдаленно напоминающее ее. Она чувствовала себя виноватой. От нее ожидалось что-то подобное, но она просто не могла заставить себя натянуть маску счастливой женщины. Все, что она могла, — залезть в такси до аэропорта (на самом деле это был лимузин, так родители попытались сделать день особенным для Джека и Люси) с ужасным подавляющим чувством, что она раство-

---

*Крэк — сленговое название формы кокаина с примесями. — *Прим. перев.*

ряется в тумане, бесшумно и постыдно сбегает через черный ход.

Джо появился дома, когда до выезда осталось меньше часа.

ЯБЛОКО ОТ ЯБЛОНИ...

Как же чувствовал себя Джо, покидая Нью-Хейвен — место, где он прожил большую часть жизни? Ему только исполнилось шестнадцать, и, хотя Клэр не одобряла его друзей, у него еще была социальная жизнь: люди, с которыми он тусовался и принимал наркотики. Возможно, ему было грустно прощаться с кем-то из них?

Сидя на скамейке в парке Рут, игнорируя первые капли начинающегося дождя, Клэр думает об этом пару минут. Правда в том, что они не знали, что чувствует Джо. Было совершенно невозможно спросить у него о таком.

Джо не говорил, что ему не хочется уезжать. Но, с другой стороны, казалось, что ему наплевать вообще на все. Во время назначенной судом терапии в Нью-Хейвене консультант центра сделал пометку в записях: «Удивительно, насколько мало его волнует собственная жизнь».

Клэр, однако, вспоминает одно исключение: «Он отчаянно хотел познакомиться с биологическим отцом».

После тяжелого расставания с отцом Джо Клэр держала с Марком непостоянный контакт через его мать, которая хотела принимать участие в жизни внука.

Клэр знала, что у Марка начались проблемы со здоровьем, когда ему исполнилось тридцать, в какой-то

момент ему поставили диагноз «параноидальная шизофрения». По словам его матери, препараты помогали Марку оставаться в норме. Он справлялся, но и особенно успешным его нельзя было назвать. У него были довольно серьезные проблемы с алкоголем. Марк мог допиться до того, что не стоял на ногах, пропить все свое пособие, а потом, поскольку он не работал, жить на бобах до следующей выплаты. Несмотря на все это, когда он услышал, что сын возвращается в Британию, Марк захотел с ним встретиться.

Сегодня Клэр трудно отделить те немногочисленные беседы, что она имела с Джо по этому поводу, от множества теорий и интерпретаций, которые появились в ее собственном мозгу. Но она ясно помнит один разговор — редкий момент искренности, — когда Джо сказал ей, что семья отчима кажется ненастоящей, как будто он к ней не принадлежит.

Джо предположил, что у него больше общего с другой половиной своей семьи — той, где ни у кого не было научной степени.

Примерно через месяц после переезда в Кардифф Джо рухнул на сиденье автобуса до Кембриджа. На нем были мешковатые джинсы и толстовка с ругательством поперек груди.

Клэр считает, что Джо надеялся найти свое место в жизни, проведя какое-то время с биологическим отцом, — понять, кто он есть и чего хочет. Джо собирался погостить пару недель. Но прошло только несколько дней, и зазвонил телефон Клэр.

В голосе Марка звучала паника. Он сказал Клэр, что не справляется. Это был кошмар. Все, чего хотел Джо, — пить и принимать наркотики. Марк не мог его контролировать. Он не знал, что делать в такой ситуации.

По возвращении в Кардифф Джо был абсолютно раздавлен. Он накрутил себя до предела. «Даже мой чертов отец меня ненавидит».

В ту ночь Джо набрел на парк Рут и всю ночь пил крепкий сидр и курил марихуану с рыбаками, которые ставили палатки на берегу озера и удили в холодной темной воде.

Много лет спустя Марк покончил с собой в годовщину смерти сына.

ЕСЛИ ГОВОРИТЬ ТИХО

Клэр нелегко описывать этот период. «Он так и не избавился от американского акцента, — говорит мне она, — от протяжных гласных. Но его речь замедлилась. Она стала невнятной, невыразительной. Он звучал, — она запинается, — как будто он идиот».

Эта перемена в речи Джо была резкой и значительной — Клэр испугалась. Она была убеждена, что с ним что-то на самом деле не так, что это не просто подростковый бунт. Должно было быть что-то еще. Она потащила Джо к врачу, а тот отправил его на психиатрическую оценку.

Они сидели в маленькой комнате, было душно. На низком столике стояла упаковка салфеток и пустая бутылка из-под воды. Специалист по психическому здоровью («психиатр, или психолог, или кто он там был») задавал Джо вопросы о его настроении, мыслях и тревогах. О чем ты в последнее время думаешь? Веришь ли ты во что-то, во что не верят другие? Чувствовал ли ты когда-нибудь, что не хочешь больше жить? Не кажется ли тебе, что другие люди могут слышать твои мысли? Пытался

ли ты покончить с собой? Думаешь ли ты иногда о том, как причинить вред другим людям? Такие вещи.

Джо отвечал на вопросы.

Клэр рассказала о том, как изменился голос сына. Но это не подходило под описание хоть какого-нибудь симптома. К тому же проводивший оценку человек никогда не слышал, как Джо говорил раньше. Никто в Кардиффе его не знал. И его новый голос не был особенно странным. Только мать была убеждена в том, что он поменялся.

Джо все это не заботило.

Отчаяние Клэр все росло. «Они не верили, что с ним что-то не так».

Он не слышал голосов, у него не было очевидно параноидальных или странных мыслей, не было депрессии. Ему не предложили никакой помощи. Его оставили на произвол судьбы.

Эд твердо знал, что нужно делать, и даже через пелену усталости Клэр могла его понять.

Но это не значило, что ей этого хотелось.

Они прожили в Кардиффе уже пару месяцев. Джек и Люси начили ходит в новую школу.

Семью мог разбудить шум в три часа ночи, но из спальни выходила одна Клэр, только чтобы найти Джо, шатающегося, пьяного, ищущего деньги, прячущего наркотики. Его могло стошнить, он мог «отключиться» прямо на кухне. Иногда он был не один, он мог привести «последних людей, которых желаешь видеть в своем доме».

Он подружился с мальчиком-подростком из Кайрфилли. «Он был довольно милый мальчик, — говорит Клэр. — Но и странный тоже. Он носил шапочку из фольги, чтобы лучи не добрались до мозга. Джо

заменил американских бесшабашных детишек-богачей на маргиналов и изгоев».

Он постоянно попадал в неприятности с полицией из-за воровства. Однажды его поймали за подозрительным шнырянием у полицейского участка — он пытался угнать велосипед с их стоянки. Его внесли в черный список нескольких супермаркетов, и он вскоре должен был предстать перед судом по делам несовершеннолетних. Так жить было нельзя. Нужно было что-то поменять.

Эд говорил, что Джо в любом случае нечасто бывает дома. Он предпочитал проводить ночи в разных сквотах по всему городу. Какое-то время у него была девушка, у которой он тоже иногда ночевал. Джо сильно похудел, потому что не питался нормально, но все еще был весьма симпатичным юношей. Клэр припоминает, что девушка была на пару лет старше Джо. Она была очень мила и, кажется, правда влюблена в него. Но однажды ночью она позвонила Клэр и спросила, не мог бы кто-нибудь забрать Джо. Она все еще жила с родителями, а Джо был слишком пьян. Его стошнило, он не мог говорить. Они не хотели, чтобы он оставался в доме. «Отношения сошли на нет, — Клэр резко смолкает и смотрит в сторону, скрывая слезы. — Я думаю, она поняла, что достойна лучшего. По крайней мере, у него в жизни была девушка».

Клэр говорит так тихо, что ее почти не слышно. Она рефлексирует над сказанным, так же как и над множеством других вещей. «Когда очень не хочешь говорить о чем-то, часто понижаешь голос. Мне кажется, я тоже сейчас так делаю. Как будто если говорить тихо, то все окажется неправдой».

Клэр хотелось бы, чтобы неправдой оказалось то, что они выгнали Джо из дома. Они договорились, что

он может находиться в доме только вместе с Клэр, чтобы принять ванну или поесть. Но ему не разрешалось приходить одному, и если он хотел остаться на ночь, спать ему приходилось в гараже. Они вытащили в гараж матрас, принесли одеял.

Рассказ Клэр прерывается долгими паузами. Она старается не плакать, и, когда волосы падают ей на лицо, я впервые замечаю, от кого Джо унаследовал свои кудри. «Это сейчас тяжелее всего, — берет себя в руки Клэр, — думать о том, что… мы привезли его обратно, он никого здесь не знал, у него не было корней тут. И он был все еще ребенок. Так что… это была наша ответственность, знаете, помогать ему всеми силами. А мы подвели его, не обеспечили даже крышу над головой».

Отчаяние Клэр стало проявляться физически. У нее начались боли во всем теле. Она стала много времени проводить в постели. Она начала пить. Все ее силы уходили на то, чтобы вытащить себя из кровати, отвести Джека с Люси в школу, убедиться, что они умыты и накормлены.

Ее план выхода на работу так и не воплотился в жизнь. На нее навалилось слишком много всего, она все время чувствовала гнет вины за то, как они обошлись с Джо.

Сам Джо тем временем исчез где-то в Кембриджшире на несколько дней, чтобы провести время с братом отца. Однажды ночью он подошел к одинокой двадцатичетырехлетней женщине на автобусной остановке и схватил ее сумку.

Женщина сопротивлялась, но Джо был слишком силен. В борьбе она заработала пару царапин и синяков на руке. Позднее Джо, бесцельно слонявшегося по улицам, забрала полиция. При обыске у него в рюкзаке нашли кухонный нож.

Его бабушка по отцовской линии первой добралась до полицейского участка, к этому времени Джо странно усмехался и хихикал про себя. Бабушка спросила у него: «Ты правда это сделал, Джо?» Он повернулся к ней, сказал «Нет» и театрально подмигнул.

ПО-НАСТОЯЩЕМУ РАССЕРЖЕНА

В ожидании суда Джо оставили в тюрьме для малолетних правонарушителей, что под Хантингтоном.

Клэр поехала к нему. Три часа она добиралась на машине до места, о котором никогда раньше не слышала. По дороге она разрывалась между яростью («Как он посмел ограбить кого-то? Бедная девушка. Кем вообще нужно быть…») и страхом за его жизнь. Он был все еще так юн, так раним. А его заперли там с преступниками, которые могут этим воспользоваться. Избить его, ранить. Ей было необходимо защитить сына.

Она помнит, как шла по коридору — по обеим сторонам немецкие овчарки-ищейки — через множество дверей со сложными замками. Руки у Клэр дрожали, когда она покупала в автомате шоколадку и чашку дрянного чая. Джо сидел напротив. Он говорил о том, что люди странно на него смотрят. Что они все говорят одно, а думают другое.

«Почему ты так поступил, Джо? Как ты мог?»

Он пожал плечами. Это не было для него большим событием. Затем снова начались чудаковатые ухмылки и смех. Клэр мутит от этих воспоминаний. Один из охранников прокомментировал поведение Джо. Сказал, что он отличается странностями. Клэр говорит: «Я поняла, что он и впрямь не в себе».

Обвинение запросило два года лишения свободы.

Адвокат же показывал в сторону Джо, сидящего на скамье подсудимых, и объяснял судье, что хотя Джо и выглядит ухмыляющимся, на самом деле он психически нездоров. Он апеллировал к тому, что Клэр уже пыталась обеспечить ему профессиональную помощь, в которой Джо так очевидно нуждается.

Джо избежал тюремного срока, его обязали раз в неделю посещать встречи государственной программы для несовершеннолетних правонарушителей. Но следующие несколько месяцев состояние Джо ухудшалось все быстрее. Клэр пыталась помочь, но эти попытки не увенчались успехом. Она постоянно была на взводе, постоянно ждала, что сейчас зазвонит телефон и ей преподнесут очередные ужасные новости. Часто Клэр не знала, где находится Джо. Она могла ночами ездить по городу, разыскивая его, показывая фотографию водителям ночных автобусов Армии спасения, к которым иногда приходил Джо, чтобы согреться чашкой горячего чая.

«Кто-нибудь видел моего сына? Я волнуюсь за него».

Когда Джо все-таки приходил домой — конечно, в сопровождении Клэр, — он мало что помнил и не мог сконцентрироваться даже на компьютерных играх, которые когда-то приносили ему удовлетворение и давали ощущение покоя и безопасности.

Оставалась всего пара месяцев до его семнадцатого дня рождения, когда рано утром Клэр позвонили из полицейского участка. Джо арестовали за кражу еды из магазина. Голос на другом конце провода объяснил, что сейчас Джо в камере, но стар-

ший офицер на дежурстве решил, что допрашивать его нельзя, что они организуют визит психиатра для оценки состояния Джо.

В официальном отчете психиатра, который коронерский суд* запросил после смерти Джо, есть некоторые подробности этого обследования.

> *Мистер Х. демонстрировал инконгруэнтное поведение. Он смеялся и хихикал невпопад. Он казался безэмоциональным, не выражал никакого отношения к себе, своему положению или чему-либо еще. Реакции казались заторможенными. В тот момент казалось очевидным, что мистер Х. злоупотребляет незаконными веществами, и в этом кроется причина странного поведения. Тем не менее тест на наркотики оказался отрицательным, поэтому мистер Х. был задержан в соответствии с разделом 2 Акта о психическом здоровье 9 марта 2007 года.*

«Пришла дать мне диазепамчику?» — вопрошает Джо, обращаясь к медсестре, стучащей в дверь палаты на утреннем обходе.

«Чувствуете тревогу?» — отвечает сестра.

«Ага», — говорит Джо.

«И как же вы ее чувствуете?»

Джо смеется, зарывшись лицом в подушку: «Я не знаю симптомов».

---

*Коронерский суд — судебная инстанция Великобритании, занимающаяся оценкой причин смерти человека. — *Прим. перев.*

Первые его разговоры с персоналом психиатрической клинике, судя по записям, ограничиваются просьбами Джо о диазепаме — вызывающем зависимость бензодиазепине (известном также как «Валиум»), который используется для лечения тревожности, а на улицах ценится за приятный седативный эффект.

Один раз сестра-практикантка попыталась разговорить Джо, узнать о его планах на будущее. «Да, у меня есть планы, — с готовностью ответил Джо. — Буду таскаться по улицам с косячком». Практикантка возразила, что это не звучит как особенно хороший план. «Ну тогда дай мне диазепаму», — парировал Джо.

Подобные разговоры почти ежедневно фиксировались в его карте, наряду с наблюдениями персонала о неуместном смехе и улыбках. В то же время было не похоже, что так Джо отвечает на слуховые или визуальные галлюцинации. Он также не высказывал никаких бредовых идей.

Мы с Клэр сидим в машине на больничной парковке, смотрим на уродливое серое здание с загаженными окнами. Стационар для «острых» психиатрических пациентов закрыт уже много лет — он переехал в новое больничное здание на другом конце Кардиффа, — но Клэр все равно приводит меня сюда. Она указывает пальцем на одно из окон на втором этаже. «Может, это окошко Джо. Или соседнее».

Это здание стало для него домом на следующие семь месяцев, когда его новый психиатр — тот, что проводил осмотр в полицейском участке, — решил выяснить, что же не так с Джо и как это вылечить.

Первые недели там Джо провел, курсируя по коридору или сидя в холле с телевизором, скуривая

сигареты одну за одной. Он также много времени проводил в своей комнате, дремал или спал на пропитанных потом простынях в кровати с железным каркасом. В углу комнаты была маленькая раковина. Столик рядом с кроватью был крепко прикручен к стене.

Для Клэр большим облегчением стало то, что Джо в больнице. Она знала, где он. Знала, что он получает профессиональную помощь. Наконец делалось хотя бы что-то. Она даже почувствовала себя готовой вновь выйти на работу и устроилась на неполный день администратором исследовательских проектов. Наконец-то в жизни у нее появилось что-то, кроме постоянной тревоги о Джо и отчаянных попыток сохранить семью.

Она садилась в поезд и смотрела из окна, как мир скользит мимо нее.

Все наладится. Все будет хорошо.

ГЕБЕФРЕНИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Врачи быстро определились с рабочим диагнозом, но в свете юного возраста Джо прошло какое-то время, прежде чем его официально записали в его медкарту. Отчет психиатра из коронерского суда это подтверждает.

> *«Мистер Х. подходил под критерии диагноза «гебефреническая шизофрения». Это расстройство, характеризующееся в основном нарушениями настроения: уплощается аффект (эмоциональные реакция смазаны или неуместны), поведение*

становится скорее бессмысленным, чем целеориентированным. Прослеживается тенденция к самоизоляции, безответственным поступкам и развитию негативной симптоматики. Бредовые идеи, галлюцинации и другие позитивные симптомы шизофрении если и проявляются, то ненадолго.

Психическое состояние мистера X. было усугублено злоупотреблением различных наркотических веществ и алкоголя».

Я думаю о том, что почувствовала Клэр, когда впервые услышала предположительный диагноз. Это произошло во время одной из еженедельных встреч с психиатром Джо.

«Знаете что, — говорит она мне, — это был разворот на 180 градусов. Мы с Эдом оба смогли перестать так сильно злиться на Джо из-за его поведения, перестать чувствовать вину за то, что мы плохие родители. Теперь можно было думать: о! Вот оно что. Он просто не может себя контролировать. Это болезнь заставила его делать все те вещи».

Болезнь, которую, как оптимистично предполагала Клэр, можно вылечить. Или хотя бы значительно облегчить симптомы. Они с Эдом начали проводить свое исследование, засиживаться до ночи в интернете, выписывать психиатрические журналы. Чем больше они читали, тем быстрее таял оптимизм Клэр. Они узнали, что прогноз для гебефренической шизофрении чрезвычайно неблагоприятен. Их ожидания, выражаясь словами Клэр, «падали с космической скоростью». Возможно, Джо никогда не станет

самостоятельным взрослым. Но они все еще могли надеяться на некоторую видимость нормальности, хоть какое-то улучшение относительно происходящего сейчас.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Спустя некоторое время Джо стал приезжать домой на выходные.

Клэр рассказывает мне, как он изменился. Она использует выражения вроде обколотый препаратами, бесцельный, неуклюжий, заторможенный. «Он и двух слов не мог по-нормальному связать. Да, это было…» — Клэр замолкает.

Последние осколки ее сына исчезли, чтобы никогда больше не вернуться.

И почему же это произошло?

Клэр не раздумывает ни секунды. «Лекарства, — говорит она, — это все из-за них».

В заметках медсестры немного времени спустя после поступления Джо значится: «[Джо был] рад получить вечерние лекарства. Предполагаю, что он не до конца осведомлен о том, какие препараты принимает, и думал, что ему дают бензодиазепин».

На самом деле Джо получал дозы антипсихотического препарата под названием «рисперидон». В течение следующих месяцев ему также пробовали давать два похожих препарата: кветиапин и оланзапин. Побочные эффекты этих лекарств весьма многообразны, но чаще всего встречаются тревожность, сонливость, затуманенное зрение, тремор, потливость, тошнота, головокружение, депрессия, головная боль, рвота, сыпь, боль в желудке, расстройство желудка, повышенная утомляемость, бессонница и набор веса.

Но помогали ли они?

«Некоторые помогли немного, — говорит Клэр. — Одно помогло даже очень. Я видела, как ему стало легче собираться с мыслями, такой проблеск интеллекта».

Это было на кветиапине, пока Джо его принимал, Клэр могла сидеть с ним в палате и разговаривать о том, что он здесь делает и над чем он может поработать.

Но Джо не обсуждал с матерью некоторые побочные эффекты, из-за которых он попросил сменить ему лекарство. Его психиатр был только рад, возможно, потому, что поведение Джо по отношению к персоналу становилось все более враждебным. Клэр относит это на счет того, что Джо начинал лучше осознавать ситуацию и ему не нравилось, что его удерживают. «Им нужны покорные пациенты, — объясняет Клэр. — Может, если бы у нас была куча денег, то Джо мог бы попасть в частную клинику, и все пошло бы по-другому. Но… — ее голос снова затихает, — случилось то, что случилось». На другом препарате Джо не мог смотреть вперед дальше чем на день. Следующая таблетка, следующая тарелка и (все важнее) следующая бутылка.

По условиям, прописанным в Акте о психическом здоровье, Джо запрещалось покидать клинику без сопровождения, но он никогда не отличался уважением к правилам. Двери запирались, но он находил то один, то другой способ сбежать. Клэр хихикает, в голосе мелькает нотка гордости: «Понятия не имею, как он это делал».

Он убегал, чтобы напиться. Джо находил бар или парк и допивался до бессознательности. Эта тема проходит красной нитью через всю его взрослую жизнь, и я спрашиваю у Клэр, что она думает по этому по-

воду. Что сподвигало Джо постоянно искать алкоголь и наркотики?

Она для себя дала ответ на этот вопрос, и ее мнение совпадает с некоторыми неврологическими статьями на тему. Статьями, в которые с таким усердием зарылся Эд, по-своему справляясь с происходящим. Казалось, что с мозгом Джо что-то не так, что это началось в подростковом возрасте. Он не мог выразить это словами. Это могло быть что-то на нейроклеточном уровне. Некоторые исследования — хотя консенсус здесь не достигнут — указывают на критическую утрату функций клеток-канделябров: загадочных ветвистых интернейронов в коре головного мозга — эта зона ответственна за высшую логику, язык, мышление, ощущения, личность. Потеря функций здесь может быть компенсирована, по крайней мере временно, потреблением алкоголя и никотина — двух субстанций, которых больше всего жаждал Джо.

«Это удовлетворяло его потребность в чем-то, — верит Клэр. — С ним что-то было не так, и он пытался это изменить».

Другими словами: Джо занимался самолечением.

ТРИ ЧАСА ДНЯ, ПЯТНИЦА

Он стоял у выхода из клиники, цепляясь за большой черный мешок, — в нем было все, что ему принадлежало.

Дверь за ним закрылась.

Он был в ужасе.

Дело давно к этому шло. Семь месяцев в палате для «тяжелых», еще полгода в реабилитационном центре, располагавшемся в обычном доме, где людей с хроническими психическими расстройства-

ми готовят к самостоятельной жизни. «Обучить базовым навыкам: готовить, взаимодействовать социально, пройти собеседование, ходить в магазин, не воровать молоко у соседа». Затем снова семь месяцев в «острой» палате, потому что стало ясно, что алкоголизм Джо выходит из-под контроля. После того, как на полу его комнаты обнаружились тысячи окурков, его объявили угрозой пожарной безопасности.

Ему выписали четвертый антипсихотический препарат. На сей раз это был клозапин. Это важно, потому что клозапин используется для «лечения резистентной шизофрении». К этому препарату прибегают, если ничто другое не сработало. Но это лекарство категорически не рекомендуется принимать вместе с алкоголем из-за возможных побочных эффектов. Сестры в клинике волновались за Джо, припоминает Клэр. Мало того, что они давали Джо лекарство, в котором несколько сомневались, так еще и алкоголизм Джо внушал им серьезные опасения: риски для его здоровья попросту перевешивали благоприятные последствия приема. Психиатр Джо пришел к такому же заключению, и лечение было прекращено. Из непубличного расследования, проведенного Национальной службой здравоохранения после смерти Джо, следует, что «существуют доказательства путаницы относительно того, что и в какое время принимал Джо». Психопатологические проблемы Джо и его зависимость от алкоголя лечились, если верить Клэр, «абсолютно отдельно», несмотря на ее веру в то, что эти проблемы неразрывно связаны. Именно поэтому Клэр считает, что контракт, который Джо вынужден был подписать за несколько недель до выписки из больницы, был для него «смертным приговором». В этом контракте он подтверждал, что если продол-

жит пить, то больница снимает с себя все обязанности по отношению к Джо.

Многие из сестер, плотно работавших с Джо в клинике, понимавших его уязвимость и привязанных к нему, пытались противостоять этому решению. Это также было отражено в расследовании НСЗ:

> *«Решение о контракте, в условиях которого санкцией за нарушение распорядка была выписка из клиники, не встретила поддержки у многих членов персонала. Это решение не было задокументировано, очевидно, потому, что осознавалось как рискованное. Мистеру Х. было 19 лет, последние 18 месяцев он был пациентом различных клиник, в этот период у него не было опыта независимого проживания, необходимые в повседневности навыки были плохо развиты (по оценке специалистов реабилитационного центра), не был установлен его адрес (включая и номер в хостеле). Мистер Х. также продолжал демонстрировать агрессивное поведение в клинике. Никакой альтернативы предстоящему выселению не было предложено.*
>
> *Решение о выселении вечером в пятницу не дало времени организовать никакой поддержки пациенту непосредственно после выписки».*

Не было никакого плана, и не было места, куда он мог пойти. Ему предложили сесть в такси и поехать

в приют для бездомных. Джо был убежден, что его изобьют в ту же минуту, как он переступит порог. Без шансов. Лучше уж спать под кустом.

«Они просто опустили руки, — говорит Клэр. — Я думаю, отчасти потому, что им не хватало коек. Они решили, что Джо не стоит затраченных ресурсов. Я была в ярости и в ужасе. И абсолютно бессильна, я ничего не могла с этим поделать. Какого черта я должна была вообще сделать?»

ЦЕЛУЮ, МАМА

Последний раз, когда Клэр видела сына живым, они обедали вместе в кафе. Так захотелось Джо. Стоял летний день. В кафе была веранда, и Клэр почувствовала облегчение — им не придется заходить внутрь.

Джо ни разу не воспользовался ванной в маленькой квартирке, которую ему сняла Клэр, когда его выкинули из клиники долгих десть месяцев назад. Эти месяцы Клэр запомнятся звенящим чувством одиночества.

Ей пришлось врать, чтобы снять эту квартиру. Сказать, что Джо студент, что он заболел, и ему пришлось взять отгул на семестр. У нее не было выбора. Эд не намерен был пускать Джо в свой дом. Лист ожидания на специализированные квартиры растягивался на годы. Раз в неделю Клэр возила Джо на амбулаторный прием к врачам, и на этих встречах она уже не могла сдерживать слезы. Не смогла она их сдержать, и когда доктор объявил последние результаты тестов функций печени Джо. Его образ жизни возымел разрушительный эффект на физическое здоровье. Врачи начали говорить о прогнозируемом

сокращении срока жизни. Терапевт сказала, что дает Джо от трех до пяти лет.

«Ни разу никто не спросил, хочу ли я с кем-нибудь поговорить, — рассказывает Клэр. — Ни один человек не сказал: “О, знаешь, тебе бы тоже не помешала помощь”». Ей самой тоже не приходило в голову искать поддержки. Джо еще хуже. Вот все, о чем она могла думать. Джо еще хуже. Джо еще хуже.

Клэр смотрела на него, сидящего за столиком: футболка запачкана едой, крошки в бороде. Он все время ерзал на стуле, а рука дрожала. Он тяжело дышал. Выглядело так, будто сейчас у него случится паническая атака.

Джо было страшно покидать квартиру, страшно выйти на улицу, в мир, полный людей, которые — Джо все больше в это верил — стремятся ему навредить.

Он больше не открывал дверь медицинской сестре, которая приходила его проведать каждую неделю. Она стучалась с минуту, затем уходила.

«Я пью, потому что моя жизнь — полное дерьмо, — сказал Джо матери, устремив взгляд в стену где-то за ее плечом. — Это единственное, что в моей жизни есть хорошего».

Пару дней спустя они говорили по телефону. Джо просил пятерку, чтобы купить пару бутылок сидра.

У Клэр не было на это времени, не сейчас. Ее голова была занята другим. У Эда были проблемы на работе, и они с женой много спорили по этому поводу. Шли летние каникулы. Люси и Джеку тоже нужно было внимание Клэр. Джо придется подождать.

Она перезвонила ему вечером, но он не взял трубку. На следующий день тоже. Клэр с Эдом стучались к нему в дверь. Они звали Джо через отверстие для писем, слышали, что внутри включено радио.

Джо все еще дружил с тем пареньком из Кайрфилли, что носил шапочку из фольги. Они с Джо принимали вместе много наркотиков.

Черт побери, Джо, говорила себе Клэр. Опять занят какой-нибудь дрянью. Но она не могла убедить себя, побороть затаенное чувство тревоги.

Они оставили пакет с сэндвичами на дверной ручке, развернулись и ушли.

В конце концов дверь открыл хозяин квартиры. Эд открутил дверную цепочку отверткой. Клэр оставалась дома с Джеком и Люси.

Она в третий раз набрала номер Эда и в третий раз не получила ответа.

Она знала. Знала все это время.

Сегодня я встречаюсь с Клэр у нее дома. Она переехала недавно, после расставания с Эдом, поэтому там и тут все еще лежат коробки с вещами. Она вытаскивает откуда-то тяжелую картонную коробку, из которой торчат кипы бумаг. Крышка уже не закрывается.

Ей не хватает сил пересмотреть все это. Но и выбросить коробку на помойку Клэр не готова. Она решила, что передать коробку мне, чтобы помочь с исследованием, — хороший способ отпустить прошлое.

Нашу беседу ненадолго прерывает Люси, сбегающая вниз по лестнице, мы немного болтаем с ней. Люси шестнадцать, она ждет результатов экзаменов. Все ждут, что они будут превосходными. Люси вся в мать. В углу комнаты стоит ее пианино и аттестат за шестой класс.

Когда Люси уходит, Клэр рассказывает, как пару недель назад дочь спустилась на завтрак в домашних штанах, сразу показавшихся знакомыми. У Клэр пере-

хватило дыхание. Она понятия не имела, что эти штаны еще существуют, что кто-то их сохранил. На Джо они никогда не сидели. Он купил их у другого пациента клиники за неправдоподобно большую сумму.

Клэр сказала дочери, что эти штаны когда-то принадлежали ее старшему брату. Люси продолжила их носить. Джо всегда где-то рядом.

Коробка наполнена в основном обрывками медицинских записей, научных статей, полицейских рапортов, судебных уведомлений, планов лечения и кучей других бумажек, сопровождавших Джо в последние годы его жизни. Здесь же лежат материалы расследования и корреспонденция, касающаяся обстоятельств его смерти.

Есть здесь и другие вещи. В том числе и вещи, про которые Клэр не знала, что они здесь. Фотографии Джо, сертификат, которым его наградили по окончании девятого класса, и несколько положительных отзывов от учителей начальной школы. Один из учителей третьего класса писал о том, как радостно ему было работать с «Джоуи»*.

Я спешу рассказать о находках Клэр, и в следующую нашу встречу мы вместе перебираем содержимое коробки.

Она перекладывает сентиментальные вещи в другую коробку, которую хранит дома. Она гораздо меньше и полна совсем не до краев. «У него в конце почти не было вещей, — жалуется Клэр, — в квартире был такой бардак, почти ничего не удалось спасти».

Она сохранила поддельную зажигалку *Zippo*, на ребре выгравирован лист марихуаны. Жестянку из-под табака, кошелек, сотовый. Небольшой трофей,

---

*Так называют детенышей сумчатых животных, вроде кенгуру или коалы. — *Прим. перев.*

который он выиграл, еще будучи маленьким мальчиком. Засохший цветок с похорон.

Добавляем еще пару безделушек и фотографий, и коробка кажется уже не такой пустой. «Выглядит гораздо лучше, правда?» — спрашивает Клэр.

Правда. И я чувствую себя одновременно совершенно разбитым и чрезвычайно благодарным за то, что мне позволено разделить с Клэр этот момент.

А еще в коробке лежит письмо к Джо от Клэр[52]:

«Ты всегда в моих мыслях, витаешь где-то на фоне, когда я просыпаюсь и когда возвращаюсь в постель вечером. Но сейчас я пишу тебе, потому что надвигается твой двадцать первый день рождения, и я понятия не имею, что мне делать.

После того ужасного момента, когда мы нашли тебя мертвым почти 18 месяцев назад, я поняла, что на самом деле оплакиваю симпатичного, счастливого и шаловливого мальчишку, которого потеряла из-за психической болезни уже много лет назад. Я знаю, ты согласишься, что, когда ты был подростком, всем пришлось нелегко, особенно тебе. Но ты никогда не понимал всей глубины и силы той боли, что мне причинил. В тот день, когда случилось худшее, я смогла перестать волноваться о том, что с тобой происходит. И вместе с ужасным горем пришло облегчение. В конце концов, все мог-

ло быть гораздо хуже, и много раз в моем воображении так и было. Ты однажды сказал мне, что если я хочу тревожиться, то это моя проблема, а не твоя. Твой эгоизм глубоко меня ранил.

Ты нечасто думал о том, что с твоей жизнью что-то не так, но сложно было быть так близко к тебе и смотреть на то, как растворяются твой характер и ум и как тотальная бесцельность и отсутствие амбиций становятся частью нового тебя.

Мои ожидания становились все скромнее, пока единственным желанием не стало то, чтобы ты был хоть чуть-чуть доволен и не причинял никому вреда. Ты стал таким огромным (что бы они ни говорили, твой набор веса напрямую был связан с антипсихотиками), тебя так сложно было любить под конец, что я не понимала — или не признавала, — как хрупок и уязвим ты был.

Так что главная причина, по которой я пишу эти строки, — я хочу извиниться. Я делала все, что могла, с тобой и для тебя все время, но этого было недостаточно. Я не смогла защитить тебя. Мне хотелось бы вернуться назад и сделать все по-другому.

А еще мне хотелось бы спросить у тебя, что произошло в конце. Так

ведь и не ясно, несмотря на расследование. Похоже, что ты упал, ударился головой, и твое сердце просто остановилось, потому что тело было ослаблено алкоголем и лекарствами, которые сейчас мне хотелось бы, чтобы ты никогда не принимал. Я лелею надежду, что ты ушел спокойно, с ясностью и облегчением. Я одновременно рада, что твоя жизнь, какой она была, закончена, и полна печали о твоей смерти.

Целую, мама»

Причины

СЛОЖНО НАЙТИ НУЖНЫЕ СЛОВА, ПРАВДА? Вот с чем мы сталкиваемся постоянно. Сломленные юноши падают замертво в своих квартирах. Джо — не просто цифра в статистике. Но его случай также существует не в вакууме.

Житель Великобритании с диагнозом «шизофрения» имеет ожидаемую продолжительность жизни на 20 лет меньше, чем среднестатистический гражданин[53].

В контексте произошедшего с Джо и того горя, с которым Клэр вынуждена жить каждый день, мои рассуждения о диагнозах и ярлыках кажутся почти абсурдными в своей абстрактности.

Но на самом деле диагноз Джо служит идеальной иллюстрацией. Некоторое время спустя после его смерти диагноз «гебефреническая шизофрения» перестал существовать. Последовательные критики психиатрической диагностики могут видеть в этом победу — доказательство бессмысленности этого и других терминов. В то же время сторонники ее могут принять это за свидетельство того, что наше понимание расширяется и уточняется — подобные диагностические подтипы, утверждают они, не могут адекватно отразить гетерогенность заболевания или осмысленно предсказать его течение и определить лечение[54]. Лучше бросить это и сосредоточиться на настоящей шизофрении.

Истина меняется. Джо тем временем остается мертвым. А Клэр продолжает жить с этим ясным, абсолютным и неизменным фактом.

Так что сейчас я переключу ваше внимание с непрекращающихся споров о том, какой ярлык мы должны навесить (и должны ли вообще) на то или иное расстройство, и начну рассматривать возможные причины «болезни». Почему люди распадаются на части таким образом: почему они теряют связь с друзьями, семьями и реальностью? Что заставляет людей замыкаться в собственном мире, иногда навсегда?

Чтобы попытаться ответить на эти вопросы, нам сначала нужно определить некоторые критерии. Как мы узнали из уже приведенных историй, страдания, причиняемые так называемой шизофренией могут выходить за рамки непосредственных симптомов. Суровая реальность дискриминации, к примеру, может оказаться куда более страшной, чем очевидная неправдоподобность бредовых идей. А перипетии системы здравоохранения, возникающие постоянно по миллионам разных причин, могут стать более важным источником стресса, чем голоса в голове.

Также возможно, как мы выясним ниже, что некоторые из неприятностей, которые мы ассоциируем с проявлениями «шизофрении», на самом деле являются результатом не болезни, а приема медикаментов, призванных от нее лечить.

Мы понимаем, конечно, что катализаторы подобного рода страданий не появляются все и сразу, но нам необходимо с чего-то начать.

Я снова думаю о Джо.

«Джоуи» — так его звал учитель в третьем классе. Счастливый, энергичный, шаловливый ребенок. И, по правде говоря, мысли сами обращаются к моим собственным счастливым, энергичным и шаловливым детям.

Потому что в какой-то момент для Джо все поменялось — и это пугает меня. Всегда ли опасность подстерегала его? Был ли он обречен с самого начала?

Обстоятельства и события короткой жизни Джо — вкупе с другими историями, которые мы уже узнали, — указывают нам на общепринятые теории о причинах так называемой шизофрении (и «психических расстройств» в целом). Главное не забывать, что это всего лишь теории.

Также важно помнить, что все, что способна на сегодняшний день сказать об интересующем нас вопросе наука, применимо только «на уровне популяции». Это значит, что мы выделили некоторые тренды, наблюдая за большим количеством людей, но пока что не можем с уверенностью применять эти данные, когда речь идет об индивидах.

В нынешнем положении ни один медицинский профессионал, ни при каких обстоятельствах не может сказать конкретному пациенту (или получателю услуг, или уцелевшему, или журналисту, или солдату, или сыну), что он знает причину развития у него «шизофрении» (или, если уж на то пошло, «депрессии», «тревожного расстройства», «ОКР» и так далее). Эта простая истина иногда теряется в эмоциональных и зачастую напряженных дискуссиях. Это актуально и для специалистов, и для людей с психиатрическим диагнозом*.

---

*Здесь уместно будет огласить тот очевидный факт, что «быть специалистом по охране психического здоровья» и «иметь проблемы с психическим здоровьем» — не взаимоисключающие позиции. Это еще одна простая истина, о которой часто забывают — к несчастью всех заинтересованных.

Прежде чем я окончательно определился с тем, что хочу писать эту главу, я встретился с Клэр, и мы перечислили все теории о причинах «психических расстройств» в ее понимании. Клэр говорила о генетике и о том, что у биологического отца Джо был диагноз «шизофрения». Мы обсудили нейрофизиологические теории, о которых много думал отчим Джо, а также риски употребления определенных наркотиков.

Я подробнее расскажу о каждой теории через минуту. Но сначала мне хотелось бы поразмыслить над тем, куда наш разговор повернул дальше.

Я хотел поговорить с Клэр еще об одной широко распространенной гипотезе, утверждающей, что негативные события в детстве — и все ассоциированные с ними травмы — повышают риск появления психологических проблем в будущем[55]. Впрочем, можно говорить и не только о психологических проблемах. Неблагополучное детство (включая эпизоды насилия и постоянные ссоры между родителями) играет роль в развитии рака, респираторных заболеваний, проблем с сердцем, злоупотребления алкоголем и наркотиками и агрессивного поведения[56]. В свете этой информации я глубоко убежден, что жестокость в отношении детей не только ужасна и неприемлема сама по себе — она также представляет собой проблему общественного здравоохранения.

Слишком много детей проходит через травмирующие события, и мы знаем, что физическое, сексуальное и эмоциональное насилие, равно как и пренебрежение и травля, повышают риск того, что у человека разовьется «психоз»[57]. В частности, доказано, что сексуальное насилие над детьми сильно коррелирует с разрушительными последствиями

для психического здоровья*. Мы как нация только сейчас начинаем осознавать масштаб этого феномена. Национальное общество предупреждения жестокого обращения с детьми (*NSPCC*) установило, что каждый двадцатый ребенок к Великобритании подвергается сексуальному насилию[58], а исследования подтверждают, что от половины до трех четвертей всех госпитализированных психиатрических пациентов пережили сексуальное или физическое насилие в детстве[59].

Знаете, я, пожалуй, повторю это еще раз:

«NSPCC установило, что каждый двадцатый ребенок к Великобритании подвергается сексуальному насилию, а исследования подтверждают, что от половины до трех четвертей всех госпитализированных психиатрических пациентов пережили сексуальное или физическое насилие в детстве».

Как бы ни шокировали нас эти цифры, мы можем интуитивно согласиться, что такая глубокая детская травма оставляет раны на всю жизнь, пусть

---

*Причина, по которой мы говорим о корреляции, вместо того чтобы заявить, что насилие над детьми является причиной «психической болезни», состоит в том, что не представляется возможным отделить любые потенциальные последствия насилия от последствий других сопутствующих факторов. К примеру, люди, которые рассказывают о пережитом в детстве сексуальном насилии, часто — хотя, разумеется, не всегда — росли в неблагоприятных или неполных семьях, где имел место целый спектр дисфункциональных практик, конфликтов и родительского пренебрежения. Так что мы не можем с полной достоверностью сказать, что именно сексуальное насилие привело к, скажем, психозу или тревожности, — слишком сложно проанализировать все остальные факторы. У такой науки есть естественные ограничения. Тем не менее мне лично кажется, что самый правильный подход — спросить у самого человека, что, по его мнению, заставляет его чувствовать себя определенным образом. Нужно выслушать его, отбросив предубеждения, и с этой точки двигаться дальше.

мы и не понимаем до конца — никто не понимает — конкретные биологические механизмы, которые превращают травму в симптомы психического расстройства.

Что может быть сложно уложить в голове, так это то, насколько далекоидущими негативными последствиями обладают события детства, которые мы не считаем такими уж страшно травматичными. Что-то столь обыденное, как уход одного из родителей, например, повышает предрасположенность даже к самым серьезным психическим проблемам. Некоторые исследования говорят о том, что человек, испытавший психотический эпизод, с вероятностью в 2,4 раза выше среднего был разделен с одним или обоими родителями к шестнадцати годам[60]*. Я собирался поговорить с Клэр о ситуации в целом, а не разбирать по кирпичикам детство Джо. И все же я замешкался, пытаясь подобрать правильные слова.

По правде говоря, мне было страшно говорить о даже небольшой вероятности того, что обстоятельства жизни Джо могли повлиять на его психическое здоровье. Я боялся, что Клэр может воспринять это как обвинение.

Еще совсем недавно специалисты по охране психического здоровья практиковали обвинение родителей — в особенности матерей — в том, что якобы они являются причиной того, что у их ребенка развилась шизофрения. Таково было доминирующее мнение (особенно в США) в период, когда у психиатрии слу-

---

*Важно помнить, что даже если вероятность заболеть так называемой шизофренией в два или три раза выше средней, то это все еще очень небольшая вероятность. По приблизительным подсчетам, 1 из 100 человек имеет такой диагноз. Утройте риск, и мы все еще смотрим на вероятность в 3 %.

чился бурный роман с психоанализом — между 1940-ми и 1970-ми годами.

Именно в это время появилась гнусная концепция «шизофреногенной матери». Матери ничего не могли сделать правильно. Они либо сводили детей с ума пренебрежением, либо, наоборот, чересчур опекали своих чад. В обоих случаях, каким-то поразительным фрейдистским и очевидно женоненавистническим образом, — это все была их вина. Нейропсихолог и академик Саймон Маккарти-Джонс считает, что именно оправданно жесткая реакция на подобные необоснованные заявления отчасти ответственна за то, что затем идеологическая лодка качнулась далеко в другую сторону. Американские родители (и другие родственники) сформировали мощные лоббистские группы, которые (конечно же!) отрицали роль родителей в развитии психических расстройств и естественным образом тяготели скорее к биологическим объяснениям. Такие группы получали существенную финансовую поддержку от фармацевтических компаний, которые, естественно, были заинтересованы в продвижении биологической концепции. Мы уже обсуждали этот тектонический сдвиг в связи публикацией *DSM*-III. Таким образом, объясняет Маккарти-Джонс, родители и психиатрия объединились против обвиняющего матерей нарратива психоанализа — и так биомедицинская модель шизофрении приобрела «непререкаемый политический, нравственный и научный авторитет»[61].

Сейчас, пожалуй, маятник медленно — слишком медленно для многих — движется обратно к центру, особенно в Великобритании, где в последние годы отделения Национальной службы здравоохранения, сосредоточенные на психическом здоровье, склоня-

ются к тому, что часто называют «травма-информированным подходом» (*trauma-informed practice*)[62].

Частью этого подхода является профессиональная переподготовка психиатрических медсестер, которая позволит им эффективнее узнавать о пережитом в детстве насилии и других травмах. «Погодите-ка! — можете подумать вы. — Конечно же, специалисты и так первым делом выясняют обстоятельства детства и отрочества пользователей их услуг». Разумное предположение, но дело обстоит совсем не так. Большинство людей, обращающихся за помощью в сфере психического здоровья, никогда не слышат вопроса о детских травмах. Реже всего об этом спрашивают мужчин с психиатрическими диагнозами (включая шизофрению)[63].

По собственному опыту работы в психиатрических клиниках и палатах «тяжелых» пациентов я могу сказать, что никогда не чувствовал себя особенно уверенно, когда хотел инициировать подобные беседы. В палатах обычно у всех появляется ощущение, что пациенты слишком растревожены, психопатизированы или испуганы, чтобы осмысленно говорить о травматичных воспоминаниях, что в краткосрочной перспективе это только увеличит уровень стресса.

Вполне может также быть, что постыдное похмелье после изобретения «шизофреногенной матери» заставило некоторых профессионалов думать, что определенные темы лучше не затрагивать вовсе. Как пишет Энн Харрингтон в журнале *Lancet*: «Страх оживления дискредитированных моделей обвинения семьи приводит к тому, что сегодня культурные и философские вопросы, касающиеся шизофрении, обсуждаются очень редко»[64].

Отличный повод обсудить их сейчас.

НЕМНОГО ИЗ ОБЛАСТИ КУЛЬТУРЫ И ФИЛОСОФИИ

Самый ясный предвестник психоза и так называемой шизофрении согласно профессору клинической психологии Джону Риду — это бедность. Не потому, что бедность сама по себе является причиной, поясняет он, а потому, что она является причиной причин.

Жизнь в нищете повышает вероятность, что человек будет переживать высокий уровень стресса и множество потенциально травмирующих событий, и в то же время у бедного человека меньше ресурсов для того, чтобы справиться с этими проблемами.

На самом деле единственный фактор, который помогает предсказать психические проблемы лучше абсолютной бедности, утверждает Рид, — это относительная бедность. В богатых странах с большим разрывом в доходах среди населения больше всего людей с так называемыми психическими расстройствами. Разница между странами с наибольшим и наименьшим экономическим неравенством примерно в пять раз. Никого не удивит, что Британия и США — среди стран с самым большим разрывом в доходах и наибольшим количеством ментальных проблем среди людей.

Мы не до конца понимаем, как неравенство приводит к проблемам с психикой. Но похоже, что люди, будучи социальными животными, чрезвычайно озабочены своим статусом в группе и отношениями с другими ее членами, поэтому логично предположить, что психическое здоровье индивида страдает, когда бедность исключает его из общества, а его социальная ценность снижается[65].

Хотя те, кто находится в самом низу социальной лестницы, страдают от этого, несомненно, больше

других, неравенство становится источником стресса и мучений для всех членов неравных сообществ, вне зависимости от личного положения[66]. Нет победителей, если мы даем кому-то стать проигравшими.

Беспокоит тот факт, что больше психиатрических диагнозов ставится представителям этнических меньшинств, в Великобритании это особенно актуально для второго поколения выходцев с Карибских островов.

Открытие этого факта привело многих людей к заключению о том, что психиатрия — расистский по своей природе институт. Психиатров стали обвинять в том, что они воспринимает свойственные другим культурам проявления тревоги как патологические, потому что одинаково применяют ко всем пациентам западную систему ценностей и норм.

Но важно все же разделять некоторые вещи: хотя институциональный расизм может вести к жесткой постановке диагноза и принудительному лечению (и я полагаю, что иногда так и происходит, мы вернемся к этому вопросу ниже), это само по себе не объясняет, почему молодые черные мужчины — особенно живущие в больших городах — вообще испытывают определенные симптомы, с которыми приходится обращаться к психиатрам и другим специалистам в сфере психического здоровья.

Гораздо логичнее объяснять это тем, утверждают доктор Люси Джонстон и ее коллеги, что эти молодые люди живут в точке, где пересекаются различные формы притеснения и дискриминации[67].

Используя выражение Сварана Сингха, профессора социальной психиатрии (*social and community psychiatry*), это не «черно-белая проблема». Профессор отмечает, что количество психических заболева-

ний диспропорционально большое не только среди карибской этнической группы в Британии, но и среди любых мигрантов во всем мире.

Одни из самых высоких процентов психотических расстройств выявлены у гренландцев, проживающих в Дании. Цифры также высоки среди финских мигрантов в Швеции и среди британских, немецких, польских и итальянских мигрантов в Австралии. Проблема, предполагает профессор Сингх, кроется в социальной дискриминации и связанных с ней невзгодах. Мигранты чаще встречаются с повторяющимися эпизодами маргинализации и изоляции, что приводит к тому, что называется «социальным поражением». Существуют даже доказательства того, что переезды или переводы в другую школу в детском и подростковом возрасте повышают риск развития психотического расстройства. Сингх объясняет: «Меняя школу, вы каждый раз покидаете группу сверстников и лишаетесь поддерживающей социальной ячейки, начинаете заново как аутсайдер. Именно хроническое ощущения собственной исключенности из социального процесса, как мы считаем, приводит к появлению психотического расстройства»[68].

Даже если мы никуда не переезжаем, место нашего жительства влияет на психическое здоровье. В целом проживание в городе, судя по всему, не слишком хорошо влияет на человеческий разум.

Например, мужчины, живущие в самых густонаселенных городах Швеции, подвергаются большему (на 68 %) риску, чем те, что живут в деревнях. Для женщин этот риск выше на 77 %. И те и другие так же с большей вероятностью подвержены депрессии[69].

Недавнее исследование количества случаев психоза в семнадцати городах и шести странах показало,

что у кого-то, живущего на юге Лондона, в восемь раз больше шансов испытать симптомы психотического расстройства, чем у кого-то, проживающего в Сантьяго (Испания). Этот огромный разброс остается, даже если убрать из уравнения такие факторы как этнос и раса[70].

«Это не генетическое, — говорит профессор Робин Мюррей, один из авторов исследований. — Очень и очень маловероятно, что это связано с генетикой. Скорее это социальное деление и городская среда. И, скорее всего, каннабис. Так что мы должны суметь что-то с этим сделать».

Ах да. Каннабис.

Для либерально настроенной публики (к которой я себя отношу) почти обязательно высказываться о пользе марихуаны по сравнению с алкоголем. Для общества в целом каннабис, безусловно, приносит меньше вреда, но это не значит, что для отдельных людей он не может стать огромной проблемой — возможно, для большего числа людей, чем нам хотелось бы думать.

Между 2005 и 2011 годами пациентов психиатрической больницы Модсли, что на юге Лондона, опрашивали на предмет того, курили ли они марихуану, как часто они это делали и какие сорта употребляли. Исследования показали устойчивую корреляцию между развитием психоза и ежедневным употреблением каннабиса. Однако любопытно, что это оказалось актуально только для высоко психоактивных сортов каннабиса, известных как «сканк» (*skunk*). Те же люди, что курили более натуральные виды (например, гашиш), подвергались не большему риску развития психотического расстройства, чем вовсе не употребляющие[71].

Главный психоактивный компонент «сканка» — который, похоже, и способен потенциально вызывать психоз — тетрагидроканнабинол (ТГК). В «сканке» очень высоко содержание этого вещества за счет сокращения количества других молекул. Одна из таких натуральных молекул, содержащихся в гашише, — каннабидиол (КБД), который, по-видимости, удивительным образом защищает от вредных провоцирующих психотическое расстройство свойств ТГК. Это ли не доказательство (если оно нам еще требуется) того, что матушка-природа — жуткая лапочка и нам надо прекратить бросать пластик в ее океаны?

Это открытие подтолкнуло ученых к исследованию (оно проводится прямо сейчас) того, может ли КБД сам по себе служить антипсихотическим препаратом. В любом случае оказывается, что такие несбалансированные психоактивные вещества как «сканк» — в котором полно ТГК и только остаточные следы КБД — представляют опасность для психического здоровья[72]. И в самом деле, по подсчетам ученых из Модсли, 24 % первичных случаев психоза могли бы не произойти, если бы «сканк» не был частью клинической картины.

Впрочем, как всегда, все не так кристально ясно, как кажется на первый взгляд. Как мы уже видели на трагическом примере насилия над детьми, корреляция не всегда предполагает причинно-следственную связь. «Есть миллион причин, по которым вы не можете набрать одну рандомную группу тинейджеров и дать им курить каннабис, и другую — контрольную, не употребляющую, — объясняет доктор Сюзи Гейдж, ведущая удостоенного множества наград подкаста «Скажи наркотикам почему» (*Say Why To Drugs*). — Это значит, что нам остается наблюдать за тем, что люди сами выбирают делать: а люди, выбирающие

курить марихуану, могут отличаться по ряду факторов от тех, кто этого не выбирает. Эти факторы и могут оказаться причиной повышения риска развития психотического расстройства. Также в этом исследовании не тестировались образцы каннабиса, людям просто задавали вопрос о том, какой тип марихуаны они употребляли в прошлом, а память может подводить. Нельзя забывать, что «сканк» по сравнению с гашишем в вопросах влияния на здоровье — то же самое, что пинта пива по сравнению с пинтой водки»[73].

Все это заставляет меня задуматься, может ли некоторым людям быть достаточно только внешних факторов — обстоятельств взросления, географического положения, финансовой ситуации, употребления наркотиков, — чтобы вызвать так называемую шизофрению без какой бы то ни было биологической предрасположенности?

С этим вопросом я иду к профессору Робину Мюррею. Он осторожен, но не исключает и такой возможности.

Он предполагает, что для некоторых его пациентов детство, поведенное в лондонском районе Ламбет, могло само по себе быть психотогенным. «Ты растешь, возможно, в неполной семье, — объясняет он. — Школа у тебя не очень, паршивое жилье, нормального образования ты не получаешь. Ты бросаешь школу. Ты не получаешь работу. Если ты черный, к тебе цепляется полиция. Я не знаю, развился бы у такого человека психоз, не будь у него генетической восприимчивости. Но я думаю, что на подобные вопросы мы сможем ответить в течение пяти ближайших лет».

Это обнадеживает, хотя стоит добавить, что в моих разговорах с огромным множеством ученых и врачей эти «пять лет» мелькают очень часто — кажется, че-

рез пять лет мы будем знать ответы на все вопросы. Также существует хорошо задокументированное «отставание на 17 лет» — именно таков средний период, за который профессионалы в сфере здравоохранения начинают использовать новые практики после их научного открытия.

Все это приводит к логическому заключению, что примерно через 22 года мы поймем и вылечим все возможные болезни человечества.

Затаим дыхание?

А ТЕПЕРЬ НЕМНОГО БИОЛОГИИ

К счастью, у большинства людей, переживших в детстве даже такие ужасные эпизоды, как насилие, не развиваются затем так называемые серьезные умственные заболевания. То же актуально для тех, кого травили, кто переезжал, кто рос в бедности или курил коноплю каждый день.

Те же, у кого проявятся какие-либо симптомы, не обязательно будут страдать от одинаковых расстройств или в одинаковой степени. И несмотря на то, что если мы определим «травму» достаточно широко, то окажется, что все мы испытывали ее в той или иной форме, было бы преувеличением (и преувеличением абсурдным) говорить, что травма и другие внешние невзгоды являются единственными релевантными причинами расстройств для каждого индивида.

Скорее всего, верно будет говорить о взаимодействии между нашим окружением и генами. После беседы с Клэр я организовал встречу со специалистом по психиатрической генетике профессором Джеймсом Уолтерсом. Так уж получилось, что мне не при-

шлось путешествовать далеко. Центр нейропсихиатрической генетики и геномики, финансируемый Советом по медицинским исследованиям (*MRC*) — дом для самой большой в Великобритании команды психиатрических генетиков, — расположен в Кардиффе.

Профессор Уолтерс — старожил Кардиффа. Его бабушка, рассказывает он, была стряпухой в госпитале Уитчерч. Этот госпиталь был одним из учреждений (и, стоит добавить, одним из лучших, по словам Клэр), в которых успел побывать Джо. С юных лет Джеймса Уолтерса брали с собой, когда ходили встречать бабушку с работы каждое воскресенье. Этот ритуал длился годами. Он помнит, как проводил время с пациентами и персоналом. Его завораживало это место. Сейчас Джеймс уже не может точно вспомнить, когда он впервые понял, что хочет стать психиатром.

Как и многие эксперты, с которыми мы уже встречались, профессор Уолтерс не считает шизофрению отдельной патологической сущностью. Он также не большой фанат категориальной системы диагностики, особенно там, где это влияет на проводимые им генетические исследования.

Профессор представляет мне концепцию дименсиального подхода. Вместо того чтобы группировать отсутствие или присутствие так называемых симптомов и помещать их в произвольные категории с такими названиями как «биполярное расстройство» или «шизофрения», мы можем концентрироваться на степени выраженности симптомов — которая измеряется на протяжении всего времени — и не пользоваться категориями вовсе. Здесь я задумываюсь, согласен ли профессор с теорией о том, что так называемая шизофрения — не что иное, как крайняя точка спектра психотических расстройств.

«Все не так просто, — отвечает Уолтерс на мой вопрос. — Сам по себе психоз не объясняет все явления, о которых мы говорим. Это психоз плюс другие вещи. А самыми страшными часто являются когнитивные нарушения и негативные симптомы».

Для Джо так и случилось, не так ли? Когнитивное снижение оказалось разрушительным. Клэр рассказывала мне о том, как страшно ей было в тот день, когда Джо забыл, как пишется буква «*R*».

После того, как на рубеже тысячелетий был расшифрован человеческий геном, некоторые ученые надеялись, что сейчас может быть обнаружен единственный ген, ответственный за «шизофрению», так же, как произошло с наследственной болезнью Гентингтона — одним из тяжёлых проявлений которой является «психоз».

Это не была необоснованная надежда. Самый верный предвестник так называемой шизофрении — наличие родственника первой степени с таким диагнозом. Шизофрения передается по наследству. Если у одного из ваших родителей шизофрения, то ваши шансы развить ее сильно повышаются. И все же у большинства так называемых шизофреников нет таких родственников, и в этом смысле они отличаются от тех, у кого диагностируют более распространенные генетические заболевания (вроде болезни Гентингтона). Даже у однояйцевых близнецов в вопросах шизофрении согласованность составляет чуть больше 50 %, а это значит, что даже генетическая идентичность далеко не гарантирует одинакового результата.

Мы знаем, что не существует одного «гена шизофрении». Но не стоит вовсе сбрасывать генетику со счетов. Последние международные исследования,

охватившие десятки тысяч людей с «шизофренией», выявили в геноме больше сотни вариаций (или распространенных мутаций), ассоциированных с заболеванием. Это значит, что такие вариации значительно чаще наблюдаются у людей с диагнозом, чем у людей без него. Одно из крупнейших и, пожалуй, наиболее значимых исследований — известное как «полногеномный поиск ассоциаций» (*GWA-studies*) — было опубликовано в журнале *Nature* в 2014 году[74]. В это исследование было вовлечено более 300 ученых из 35 стран. Они сравнивали частые генетические вариации в геномах почти 37 000 человек с «шизофренией» и сравнивали их с геномами контрольной группы (более 113 000 человек)*. Подобные исследования редко дает заключение о конкретных генах, скорее речь идет об идентификации областей генома, которые (теперь мы можем быть в этом уверены) причастны к повышенному риску развития «шизофрении».

Некоторые из идентифицированных областей добавляют веса существующим биологическим концепциям. К примеру, существует давнишняя теория (о которой мы обязательно еще поговорим) о том, что «психоз» связан с гиперактивацией передачи дофамина в головном мозге. А полногеномный поиск ассоциаций действительно выделил область генома, содержащую ген, производящий те самые дофаминовые рецепторы.

Также все более ясно в последнее десятилетие становится то, что многие из генов, обеспечиваю-

---

*Как и исследования в любой другой сфере, генетические испытания не лишены ограничений. И, как и любые другие ученые, генетики склонны объявлять прорывом то, что при более внимательном рассмотрении таким уж прорывом не является. Хотя к чести генетики надо добавить, что она не возится с маленькими выборками и в этом отношении куда надежнее других областей исследований психического здоровья.

щих человеку суперчувствтельность к так называемой шизофрении, ассоциированы и с рядом других ментальных расстройств. В частности, это относится к «биполярному расстройству». Исследование населения Швеции, охватившее данные о двух миллионах семей, доказало устойчивую генетическую связь между двумя этими диагнозами и продемонстрировало, что у детей с «шизофренией» повышается риск развития обоих заболеваний[75]. Подобные исследования популяции недавно были подкреплены молекулярно-генетическими исследованиями, которые продемонстрировали корреляции между конкретными генетическими вариациями, ассоциированными с «шизофренией» и «биполярным расстройством»[76]. Еще одно подтверждение тому, что не стоит относиться к этим «расстройствам» как к совершенно различным сущностям.

Профессор Уолтерс считает, что одна из самых интересных и продуктивных областей генетики — исследование вариаций числа копий генов (*CNV*). В каждом из нас есть схема из примерно 20 000 генов, и раньше полагалось, что эти гены почти всегда присутствуют в геноме в двух копиях. Теперь мы знаем, что это не так. Гены, о которых мы думали, что они должны быть парными, были найдены иногда в одном, в трех или более экземплярах. Подобные явления можно наблюдать, например, у людей с синдромом делеции хромосомы 22q11 (встречается у 1 из 4000 человек). У людей с этим синдромом отсутствует часть 22-й хромосомы, в которой содержится обычно 30-60 генов. И это явление сильно коррелирует с диагнозом «шизофрения». «У таких людей очень высок риск развития психотического расстройства, — объясняет Джеймс Уолтерс. — Примерно каждый третий человек с делецией 22q11 будет страдать психотическим

расстройством. Примерно каждый четвертый — шизофренией». И это будет иметь клинические последствия. Если мы сделали генетический тест и знаем, что у конкретного человека так высок риск развития определенных состояний, то мы можем — по крайней мере, в теории — принять меры по обеспечению ему должной поддержки. Довольно любопытно, что люди, у которых наблюдается дупликация 22q11 (то есть у них есть дополнительная копия этих генов), похоже, обладают иммунитетом к «шизофрении». За это, правда, тоже приходится платить свою цену — обладатели дополнительных копий генов чаще страдают от нарушений интеллекта и аутизма[77].

Конечно, тот факт, что у значительного процента пациентов с делецией 22q11 развивается так называемая шизофрения, вовсе не значит, что значительный процент пациентов с так называемой шизофренией обладает этим генетическим отклонением.

«Все равно это относится примерно к 0,3 % всех людей с шизофренией, — поясняет профессор Уолтерс. — А все вместе редкие вариации числа копий генов отвечают примерно за 3 % случаев. Хотя есть прочные доказательства того, что CNV повышает риск шизофрении, риск СДВГ, аутизма, умственной неполноценности и эпилепсии. А у некоторых носителей подобных редких отклонений вообще нет никаких проблем. Что произойдет с человеком, зависит частично от генетики, а частично — от внешних факторов. Мы не можем говорить о том, что гены полностью определяют такие многокомпонентные состояния. Это просто еще один фактор риска или наоборот. Генетика — малая часть очень большой картины».

Перед завершением нашего разговора Джеймс Уолтерс показывает мне видео, от которого на мои

глаза наворачиваются слезы (которые я быстро смахиваю, чтобы не компрометировать свой статус альфа-самца). Это новостной репортаж об американском детском лагере для детей с синдромом Уильямса. Это означает делецию примерно 25 генов в 71-й хромосоме. В результате нарушения эти дети бесконечно дружелюбны ко всем вокруг, чрезвычайно любопытны и эмпатичны. Они выказывают повышенную эмоциональную вовлеченность, словоохотливы и выразительно говорят. Вот что может делать генетическая делеция. А дупликация этой же области хромосомы ассоциирована с аутизмом и задержкой речевого развития. Профессор Уолтерс показывает мне видео отчасти потому, что хочет продемонстрировать влияние этих двусторонних вариаций и то, как генетика помогает найти смысл в ассоциированных признаках. Но также и потому, что, как он объясняет: «Это показывает, что нельзя думать о генетических вариациях как о безусловно вредных».

Конечно, нельзя говорить, что люди с синдромом Уильямса не страдают из-за своей особенности. Это все еще разновидность умственной отсталости. И когда я смотрел видео, мне тут же пришло в голову, в насколько уязвимом положении могут оказаться эти дети из-за своей необычайной доверчивости и дружелюбия. Хотя это, пожалуй, говорит нам скорее о проблеме с обществом, а не с ними[78].

Когда Нидерланды были оккупированы нацистами во время Второй мировой войны, запасы продовольствия истощались очень быстро. Свидетельства современников говорят о том, что многим голландцам, живущим на скудном рационе из хлеба и картошки, приходилось ежедневно проходить десятки километров в надежде выменять какие-то

пожитки на еду. Люди ели домашних питомцев, чтобы выжить.

Двадцать тысяч человек не пережили то, что потом назовут *Hongerwinter* (буквально: «Голодная зима»).

Позднее заметили, что среди людей, зачатых в этот период, необычно высок процент диагностированных шизофреников. Тот же феномен наблюдался после голода в Китае 1959–1961[79]. Так появилась нейропатологическая гипотеза шизофрении. Она состоит в том, что недостаток питания в утробе (как в случае с голодом) может вызывать нарушения в развитии мозга плода и что значительное число диагностированных шизофреников, вероятно, перенесли в утробе или в младенчестве некую черепно-мозговую травму[80].

Болезнь матери во время беременности (включая и грипп, и различные вирусные и бактериальные инфекции), как и осложнения вроде преэклампсии, преждевременных родов, недостаточности массы тела или гипоксии новорожденного — любой из этих факторов предположительно может повлиять на риск развития «шизофрении» во взрослом возрасте. То же предполагается и о некоторых процессах, играющих важную роль в нормальном функционировании мозга, включая миграцию новых клеток в головном мозге новорожденного и формирование нейронных связей.

Подобные неврологические теории получили дополнительный импульс благодаря тому факту, что у людей с диагнозом «шизофрения» в детстве часто (хотя, совершенно точно, не всегда) наблюдалось отставание в развитии: они могли позже сверстников преодолевать образовательные вехи или не слишком хорошо взаимодействовать с социумом. Похожим

образом дети, у которых затем разовьется «шизофрения», часто демонстрируют небольшое снижение уровня *IQ* за годы до появления первых симптомов. Все это предполагает, что головной мозг мог развиться не должным образом.

Гипотеза заключается в том, что эти незаметные аномалии в головном мозге, появляющиеся в самом начале жизни, являются пусковыми механизмами так называемой шизофрении, только позднее, взаимодействуя с нормальными процессами созревания.

Это может происходить во время «синаптического прунинга», когда наш подрастающий головной мозг избавляется от лишних нейронных связей, сформированных в младенчестве. Возможно, что мозг с аномалиями слишком рьяно берется за сокращение, и это провоцирует странные мысли, ощущения и поступки, которые мы называем «шизофренией». Такая теория объясняет, в частности, почему симптомы редко проявляются до полового созревания[81].

Хотя подобные теории, несомненно, обрели последователей в последние десятилетия, без противников тоже не обходится.

«Какой смысл в головном мозге, не реагирующем на окружающую среду?» — вопрошает профессор Джон Рид, с которым мы уже встречались.

Он убежден, что аномалии, которые можно наблюдать в головном мозге у «шизофреников», идентичны тем, что возникают вследствие травмы или насилия в раннем детстве. Профессор, таким образом, говорит о «травмогенной нейропаталогической модели», отстаивая при этом утверждение, что любые аномалии в мозге «шизофреников» не обязательно являются причиной заболевания и не могут сами по себе свидетельствовать о болезни[82].

Похоже, что мы добрались до извечного вопроса: что было раньше, курица или яйцо?

Все это тяжеловато уместить в голове, правда?

Если вас это утешит, то, когда я начинал эту книгу, я понятия не имел, что доберусь до страницы 187 и напишу слова «травмогенная нейропатологическая модель». Такого не предугадаешь, сам удивляюсь.

Так что если вы чувствуете, что голова слегка идет кругом, я гарантирую, что в этом вы не одиноки. А еще я могу вас заверить, что не все специалисты в сфере охраны психического здоровья занимаются поиском причин.

Есть и совсем другие направления работы.

ДРУГИЕ НАПРАВЛЕНИЯ

«Я считаю, что поиск причин — это дорога в никуда», — заявляет доктор Джоанна Монкриф.

Еще во время учебы на медицинском факультете Джоанна находила многие общепринятые практики психиатрии проблематичными. Она вспоминает свою первую практику в психиатрической клинике — уже тогда ей стало понятно, что людей здесь подавляют и ограничивают, а не лечат.

Это было во второй половине 1980-х. Джоанна читала работы Томаса Саса. Она знала, что существуют разные точки зрения на психические расстройства, но тогда ей оставалось только склонить голову и сдавать свои экзамены. Сегодня она консультирующий психиатр и одна из основателей «Сообщества критической психиатрии» (*Critical Psychiatry Network*). Эта организация стремится поменять чрезмерно «медицинский» взгляд на психические расстройства.

«Я думаю, мы должны смотреть на шизофрению как на черту характера или личностную особенность, — говорит мне доктор Монкриф. — Мы могли бы думать о ней, как мы думаем о склонности выходить из себя или нетерпеливости. У всех наших черт характера есть биологическая составляющая, и все они подвержены влиянию событий нашей жизни. Но мы никогда не сможем сказать, что тот или иной аспект поведения вызван этим, этим и этим. Мне кажется, что с шизофренией дело обстоит так же. В конечном итоге, это просто еще один загадочный способ человеческого существования»[83].

Мне нравится такой гуманный взгляд, и я вспоминаю свой разговор с психологом, доктором Люси Джонстон. Мы ней говорили о том, как люди с диагнозом «шизофрения» часто очень восприимчивы, чутки к настроению и состоянию других людей, чувствительны. Она уверена, что генетики совершают ошибку, концептуализируя такое состояние как биологическую уязвимость или болезнь, а не особенность характера, которая (при определенных обстоятельствах) может стать и преимуществом. Мы, например, надеемся, что медсестры — очень чуткие люди, но мы не станем говорить о «генетической предрасположенности к сестринской профессии». В этом отношении мы, похоже, склонны оценивать такое качество как «восприимчивость» исходя из результатов. А результат, как известно, часто зависит от внешних факторов и не может являться признаком того, что человеку недостает чего-то фундаментального, что с ним что-то «не так» или что он на что-то изначально не способен.

Одна из причин, по которой Джоанна Монкриф так скептически относится к научному поиску причин психических расстройств, состоит в том, что до сих пор все открытия в этой области не смогли

никак изменить клинический результат. После ухода с должности директора Национального института психического здоровья Томас Инсел заключил: «Я провел в институте 13 лет, продвигая нейронауки и генетику к пониманию природы психических расстройств. Когда я оглядываюсь назад, я понимаю, что преуспел в том смысле, что мы опубликовали множество прекрасных статей, написанных прекрасными учеными, и мы потратили на это, смею сказать, огромные суммы — что-то около 20 миллиардов долларов. И все же я не думаю, что мы хоть на сантиметр продвинулись в уменьшении числа самоубийств и госпитализаций, в улучшении лечения для десятков миллионов людей с психическими расстройствами»[84].

«Думаю, надо прекратить гоняться за причинами и спросить себя, как жить с такой проблемой? — говорит Монкрифф. — Как мы можем помочь людям вести наиболее комфортную и богатую жизнь? Как нам понять, почему именно людям с такими особенностями сложно функционировать в обществе? Есть ли способ организовать наше общество так, чтобы этим людям легче было жить полной жизнью?»

Об этом стоит подумать, потому что сейчас наше общество, кажется, вовсе к такому не приспособлено.

Сейчас мы на примере посмотрим, как социум может повернуться спиной к определенным своим членам.

СООБЩЕСТВО

ЖИВЫЕ СТАТУИ

Летом 1985 года в ирландской деревеньке Баллинспиттл, что в графстве Корк, две девочки-подростка рассказали, что видели, как статуя Девы Марии — стоящая в гроте у дороги, в пяти метрах вверх по крутому каменистому холму — начала вдруг двигаться. Слух разлетелся быстро, СМИ подхватили историю, и люди тысячами повалили к статуе. Многие просто любопытствовали, многие хотели посмотреть, провести небольшую службу и помолиться. В недели и месяцы после первого свидетельства не менее ста тысяч человек совершили паломничество к статуе.

Тут же началась целая волна сообщений о новых движущихся статуях и других необъяснимых явлениях в местах католического почитания по всей стране.

Одним из таких мест стала деревня Ратданган — крошечное поселение в долине гор Уиклоу. На перекрестке здесь стоит деревенский паб, напротив — небольшой магазин и почтовое отделение. Местная газета за 20 сентября 1985 года описывает, как пустынная местность изменилась в одночасье. Около пяти сотен человек собралось за зданием администрации, где на каменном постаменте, одетая в раскрашенную

голубую накидку и блаженно глядящая поверх толпы, стояла Леди из Ратдангана. Репортер Тони Мерфи докладывает: «Я слышал, как юноша с акцентом жителя южного Уиклоу говорит своим друзьям: “Глядите, она все время шевелится, руки то вверх, то вниз. Она всю ночь так делает”. Друзья его, впрочем, не выглядели слишком убежденными».

Все кончилось так же внезапно, как и началось. Толпы уменьшились, а затем и вовсе исчезли. СМИ потеряли интерес. Католическая церковь заняла осторожно нейтральную позицию, так что разбираться с произошедшим остались психологи и социологи. Они разработали множество противоречащих теорий о том, что в Ирландии стало известно как «Год живых статуй».

Следующим летом, во время поездки к родственникам, десятилетнюю Кейт, двух ее братьев и сестру мать отвела посмотреть на Ратданганскую статую.

Кейт, мягко выражаясь, была не впечатлена: «Это статуя. Мне было все равно. Просто скучная семейная поездка».

Я встречаюсь с Кейт в модной кофейне — много авокадо в меню — недалеко от ее дома в пригороде Дублина. Я на самом деле пришел еще до открытия и ждал у входа, глядя на идущую ко мне по дорожке Кейт. Она машет руками, рассекая воздух при каждом шаге. Она невысокая и выглядит гораздо моложе своего возраста (ей 41), просто излучает энергию. Когда мы наконец-то присаживаемся за столик, она крепко скрещивает руки на груди. Она просидит так, держа себя в объятиях, почти весь разговор, мне кажется, в попытке успокоить и утешить себя. «Я туда не возвращалась, — говорить она. — Никогда не искала информацию о ней и не хотела увидеть ее снова.

Никогда». В ее голосе я слышу не только безразличие. В нем есть и доля отвращения. Кейт говорит очень быстро с акцентом, который мне кажется стопроцентно ирландским, но сама она описывает его как «наполовину лондонский» — в столице она провела раннее детство. Переезд внесет свой вклад в то, что она чувствовала себя изгоем большую часть отроческой жизни.

Когда я работал медбратом, мои отношения с диагностированными шизофрениками и их родными были достаточно ясно очерчены: я был частью команды, предлагавшей лечение и по возможности доброту, ободрение и поддержку. Когда я встречаюсь с людьми как автор будущей книги, моя роль куда более размыта. Я упоминаю об этом потому, что по мере того, как история Кейт становится для нее все тяжелее, на ее глаза наворачиваются слезы — и я чувствую себя будто парализованным. Страдания незнакомцев — это сложная штука, не правда ли? Мы можем выбрать не замечать их.

Мы часто выборочно относимся к тому, что видим: каменная статуя двигается, а та семья через улицу — у них все в порядке.

ВЗРОСЛЫЙ МИР

Мать Кейт, Бриджит, родилась и выросла в ирландском городе Блессингтоне, графство Уиклоу. Живописное место, но делать там абсолютно нечего. Воображение и амбиции Бриджит простирались далеко за пределы жизни в крохотном городишке. Она была энергичной и целеустремленной женщиной, но вместе с тем любящей и заботливой.

Так что в середине 1960-х, когда ей было едва за двадцать, она упаковала чемоданы и переехала в Лондон, чтобы выучиться и работать медсестрой.

Более того, психиатрической медсестрой.

Большую часть информации о том периоде жизни матери Кейт почерпнула из ее дневников и записных книжек. В воображении Кейт выстроился образ яркой молодой женщины, с нормальной и насыщенной социальной жизнью, с друзьями, увлечениями и всеми положенными студентке медицинского факультета заботами. Бриджит играла в теннис, думала о том, как уложить волосы и как одеваться, куда и с кем поехать на выходных.

Образ матери в этих дневниках был так далек от той женщины, что Кейт знала.

Я говорю, что хотел бы взглянуть на дневники.

«Мы все повыкидывали, — объясняет Кейт. — Теперь я жалею, что мы не оставили хотя бы такие вещи».

Во время учебы Бриджит встретила отца Кейт, он тоже учился на медбрата, а сам был мигрантом из Индии. Они поженились вскоре после выпуска и переехали в съемное жилье в лондонском районе Саттон.

Кейт была вторым ребенком, ее любимчик-брат был старше на два года. «Я не думаю, что мама особенно меня любила, — внезапно говорит Кейт с ошеломляющей искренностью. — Кажется, она как-то по-другому представляла себе дочь». За этой фразой кроется многое — но Кейт не хочет, чтобы я писал об этих вещах. Она верит, что, по крайней мере частично, отношение матери было связано с борьбой за внимание отца.

У характера Бриджит была и темная сторона. Несмотря на всю ее доброту, иногда у нее случались неожиданные приступы ревности. Самое ранее воспо-

минание Кейт относится к тому году, когда ей было четыре. Мать забрала ее из детского сада, и Кейт взахлеб рассказывала ей о воспитательнице, которая очень ей нравилась. Кейт не помнит весь эпизод, но чего она никогда не забудет, так это как тень матери легла на ее лицо. «Если ты так ее любишь, — сказала Бриджит, — иди и живи с ней».

Когда Кейт было пять, у нее родилась сестренка, а еще три года спустя — младший брат. Он был еще совсем младенцем, когда Бриджит настояла на семейной фотографии перед статуей Девы Марии во время семейной поездки в Ратданган.

Для Бриджит эта поездка была не слишком радостной. Они поехали в Ирландию, чтобы навестить ее сестру и племянников, но Бриджит была уверена — по мнению Кейт, ошибочно — что ее шестнадцатилетняя племянница флиртует с отцом Кейт. Но все это было забыто в присутствии статуи. Пока скучающие дети еле волочили ноги, Бриджит просто сияла. Она сделала в тот день десятки фотографий — потратила всю пленку.

Кейт тихо произносит ругательство и качает головой.

«Она почувствовала там что-то особенное, — говорит она мне. — Я помню, как она была возбуждена. У нее слезы на глаза наворачивались. Ей казалось, что происходит что-то важное».

Мне легко представить версию событий, в которой отец Кейт, подготовленный психиатрический медбрат, замечает ранние тревожные признаки и находит профессиональную помощь для жены. Он мог бы сразу заподозрить неладное, когда по возвращении в Лондон Бриджит проявила фотографии и стала ими просто одержима.

Но только сначала это не выглядело как обсессия. Это была просто фотография статуи, обрамленная и повешенная у кухонного окошка.

Кейт с остальными детьми были первыми, кто заметил, сколько времени их мать проводит, разглядывая фотографию. Она говорила об изображении, пока готовила и хлопотала на кухне. Она говорила о том, как Дева Мария смотрит на нее, видит ее. То, как свет падал на лицо статуи, — это явно что-то значило. И то, как она улыбалась, — тоже.

Чем больше Бриджит искала, тем больше находила.

«А что к чаю, ма?» Кейт было десять. Может, статуя и правда делала странные штуки. Мир полон чудес, правда ведь? Даже если Кейт сама не особенно в них верила.

Пару месяцев спустя это была уже не одна фотография. Бриджит сделала несколько копий. Она никогда с ними не расставалась. Одну она всегда носила с собой, заложенную между страниц книги. Еще копии стояли в спальне. На одной из фотографий было странное пятно, дефект проявки. Бриджит была уверена, что это свет сиял на нее со статуи — это значило, что она была избрана.

Она махала фотографиями у самого носа мужа. «Вот, погляди, — кричала она, — думаешь, я все это придумала? Посмотри же сам. Тут все доказательства».

Он должен был понимать, что Бриджит не в порядке. Но он не слушал. Он тоже кричал. Не из-за фотографий, а из-за ее обвинений.

Бриджит была убеждена, что у мужа есть любовница, — возможно, так и было, — но Бриджит просто не могла знать об этом. Так что супруг говорил, что у нее паранойя.

Вслушиваясь в крики, одиннадцатилетняя Кейт, смышленая и трудолюбивая девочка, поняла, что никогда раньше не воспринимала родителей как двух отдельных людей. Не думала о них, как о разных личностях со своими историями, надеждами и ожиданиями. Но они были отдельными людьми. И они ненавидели друг друга. Собственные слезы застали Кейт врасплох, когда она услышала звук бьющегося стекла.

В ярости ее отец бросил в жену кружкой. Бриджит увернулась и кружка разлетелась вдребезги, ударившись о стену. Теперь Бриджит была уверена, что муж хочет ее убить.

Она спрятала все кухонные ножи. Большинство она просто сложила на чердак, а те, что нужны были для готовки, она носила с собой.

По ночам она прокрадывалась в спальню, которую Кейт делила с младшей сестрой, запирала двери и устраивала себе постель на полу между двумя кроватями. «Я ему не доверяю, — шептала она. — Мы не можем верить вашему папе».

Недоверие заразительно. Дети начали недолюбливать отца, избегать его, бояться. И все же я еще могу представить версию событий, где он, наконец, ищет помощи. Может, во мне говорит уязвленная гордость за профессию. Что-то явно было не так, и если бы он только это заметил — а он должен был заметить, — он мог бы что-то предпринять.

«Он либо не понимал, либо просто не хотел с этим разбираться», — говорит Кейт.

Она совершенно не собирается пытаться влезть ему в голову, описывает только его «отсутствие».

Однажды он просто исчез.

Все, что произошло дальше, было незаметно для представителей взрослого мира.

ВСЕ ИДУТ КУДА-ТО

«Гипотеза дрейфа» (*drift hypothesis*) — термин, используемый в социальной эпидемиологии. Он относится к неспособности противостоять обстоятельствам и движению вниз по социальной лестнице у людей с хроническими психическими расстройствами. Эта гипотеза объясняет очевидную концентрацию психически нездоровых людей в низших слоях общества. Но гипотеза дрейфа не может полностью объяснить такой феномен. Контраргументом здесь может быть уже обсужденное нами утверждение о социальных причинах болезни. Миллионы дополнительных сложностей и стрессовых факторов, с которыми сталкиваются люди в тяжелом финансовом положении, скорее всего, вносят вклад в причины психических расстройств, а также снижают шансы на восстановление.

Так или иначе, не может быть сомнений, что так называемые психические расстройства идут след в след за неравенством и нищетой.

Бриджит открыла парадную дверь, на пороге стоял человек из районного управления. Он говорил серьезно и настойчиво. «Вы не оплатили аренду, — четко и просто. — Мы забираем вашу собственность. Больше вы здесь не живете».

Кейт стояла в дверном проеме, прямо за матерью. Она до сих пор помнит этого человека. Темную ухоженную бороду. Куртку, накинутую поверх мятого костюма.

Бриджит попыталась спорить, но мужчина перебил ее. Здесь не может быть никаких возражений. «Вы можете забрать сумку своих вещей и по сумке на каждого из детей. Вы выезжаете сегодня».

Кейт вспоминает волну паники и недоумения. Помнит, как положила свою любимую куклу в сумку. Они никогда еще не были бездомными. Ей не приходило в голову, что люди могут оказаться в ситуации, когда им некуда идти. Так что она знала, что они должны пойти куда-то. Она понимала, что не может взять свои вещи, но знала, что они идут куда-то. «Потому что все идут куда-то», — объясняет она.

И они пошли. Для начала их «временно переместили» на несколько миль — дали квартирку с одной спальней, без двора, для семьи из пяти человек. Детей перевели в новые школы в бедных районах. Это было ужасное, пугающее время. «Естественно, мама была нездорова, — тихо говорит Кейт. — Но никто не понимал, что она нездорова. Я не знаю, изменилось бы что-то или нет, но никто не понимал. А потом эта штука взяла верх». Они остались в однокомнатной квартире на год: год, который запомнится перепалками с братьями и сестрой, жестокими соседями и тошнотворным ощущением, что в любой момент может стать еще хуже. Затем, после серии бюрократических ошибок с пособием Бриджит на жилье, в дверь снова постучали.

В этот раз их выселяли на улицу.

«Наверняка были какие-то предупреждения», — признает Кейт. Она понимает, что их бы не лишили дома в обход какого-то официального процесса: писем, звонков, визитов. Проблема, объясняет она, была в том, что мама уже не могла взять себя в руки. Она не думала наперед, не планировала ничего дальше, чем на один день. Она просто плыла по течению жизни.

Постепенную деградацию организаторских навыков и силы воли Бриджит можно, оглядываясь назад, отнести на счет затягивающейся петли «шизофре-

нии». Но ее дети никак не могли этого знать. Так что забудем о преимуществах нашей осведомленности и посмотрим на тринадцатилетнюю девочку, втиснутую на заднее сидение такси, окруженную пластиковыми пакетами с упакованными в спешке вещами. Ее младший брат устал, он ворчит и ерзает у нее на коленях. Сестра сидит посередине и всхлипывает. Старший брат прижимается скулой к окну и агрессивно смотрит в ночь. Он теперь все время злится. Он давно перестал утруждать себя походами в школу, и мать ничего на это не сказала. Когда они с Кейт ссорятся (а это происходит часто), в ход идут ноги и кулаки.

Бриджит сидит впереди. Она объясняет водителю слегка чванным и напускным тоном, что это все бессмыслица, потому что у нее достаточно денег, просто они припоздали, но если он довезет их до отеля, то она наверняка к утру все исправит.

Но к этому времени уже третий отель выставляет их за порог, потому что у Бриджит нет кредитки.

Водитель бросает взгляд через зеркало заднего вида на Кейт и остальных. Он выключает счетчик. Кейт благодарна ему по сей день. В эту ночь он бесплатно возил их по Лондону часами.

Наконец, им предложили комнату в общежитии *YMCA**, где они провели следующие две недели. Кейт не помнит, как так получилось, что мать решила переехать в Ирландию и поселиться поближе к семье. Но она помнит путешествие на ночном пароме и как они прибыли в Арклоу — маленький городок на восточном побережье Ирландии, где проживала семья Бриджит. И она помнит крошечный домик с двумя кроватями. В нем было темно и ужасно холодно. Во-

---

* *YMCA* (*Young Men's Christian Association* — «Молодежная христианская ассоциация») — волонтерская и благотворительная организация, основанная в Британии в XIX веке. — *Прим. перев.*

допровод не работал. В крыше была дыра, а потолок стал черным от плесени. Ковры тоже были влажными. Кейт поставила рядом с кроватью ведро. Когда шел дождь, в ведро капали большие звонкие капли.

Все идут куда-то, и они пришли сюда.

ИЗГОИ

Что это за семья без отца, приехавшая из Лондона? Вы знаете, видели, как их мать бродит по улицам и смеется непонятно чему. А в почтовом отделении она заявила, что ее выбрала Дева Мария, можете себе представить? А вы знаете, где они живут, да? Все пятеро! Можете в это поверить? И где они все спят, бедняжки! О, ну нельзя же вмешиваться в чужую жизнь, разве нет? Конечно, это их личное дело. Хотя выглядит они ужасно странно, правда? Ну я так, просто говорю, так же и есть. Думаете, это все из-за их отца?

В Арклоу все знали всё обо всех. В новой школе Кейт с сестрой сразу стали изгоями. Их прозвали «Семейкой Адамс». Кейт думает, что они выделялись отчасти и потому, что выглядели не как местные. Вспоминая то время, она нервно трогает волосы и лицо. «Мы все были маленькие и жалкие, — говорит она. — Мы выглядели младше всех, меньше всех и страннее всех. И мы, пожалуй, казались нелюдимыми».

Трижды соседские дети разбивали окна в их доме камнями.

Не найдя способа интегрироваться в сообщество, Кейт с братьями и сестрой прятались за закрытой входной дверью, наблюдая, как мать продолжает все глубже погружаться в мир собственных фантазий.

Уже через несколько недель после приезда в Арклоу Бриджит рассорилась с родственниками, обви-

нив их в том, что они злоумышляют против нее. Это были дяди, тети и кузены, которые могли бы, обернись все иначе, поддержать и помочь. Теперь они отвернулись от Бриджит и детей: возможно, потому, что чувствовали стыд за то, в каких обстоятельствах оказались их родные. Или, предполагает Кейт, у них хватало и собственных проблем.

Бриджит начала рисовать карты. У нее был старый атлас, и каждый день она часами сидела перед ним, рисовала на страницах, оставляла сотни зашифрованных посланий. Она постоянно слышала голоса. И постоянно им отвечала, тихонько шепча что-то про себя.

«С кем ты говоришь, мам?»

«Не твое дело! Не твое дело. Оставь меня, мне нужно работать».

Да, это была работа. Важная работа.

Склонившись над атласом и следуя указаниям голосов, Бриджит заканчивала войны. Она предотвращала глобальные конфликты. Она часто комментировала истории из газет: «Это моя работа. О, видишь, это я устроила. Все получилось!»

Слишком просто — и иногда очень соблазнительно — разделять то, что мы считаем психозом и любую рациональную мотивацию. Легко видеть в безумии только безумие, не допуская, что оно неразрывно связано с нашей сложной человеческой природой. Но это была та же женщина, что не могла пройти мимо бездомного, не предложив ему помощи. Это она заботилась о животных — оставляла во дворе еду для лисицы с детенышами, однажды даже принесла домой голубя с перебитым крылом, чтобы он не умер. И теперь Бриджит неустанно работала над тем, чтобы сделать мир лучше. Для всех. Это было ее призвание.

Это заставляло ее подниматься с постели по утрам. Временами, вспоминает Кейт, она бывала испугана или встревожена тем, что слышала, но она также бывала счастлива, взбудоражена, полна чувства важности своего предназначения. Ее стремления, если не их воплощение, были исключительно благородны.

Но с другой стороны, одержимость жизненно важной работой уводила ее все дальше от понимания даже базовых потребностей собственных четверых детей. «Мы терпели лишения каждый день, условия жизни были просто ужасными. Она же находила утешение и поддержку в своих видениях и голосах».

Долгое время странное поведение Бриджит было — по крайней мере, для ее детей — небольшой, второстепенной заботой на фоне насущных проблем, связанных с нищетой. Они были отчаянно бедны и, как часто случается с людьми, едва сводящими концы с концами на пособие, тратили деньги так, что становились только беднее. Бриджит использовала деньги, отложенные на электричество, для покупки еды, а потом не могла заплатить за свет. Она продала обручальное кольцо. Она продавала все, что могла. Ей приходилось покупать дрянную еду по завышенным ценам в магазине на углу, потому что там ей давали в долг. Часто дома не было электричества и отопления. Однажды им в конце концов отключили и воду.

Вот в чем штука: такую повседневность можно с легкостью описать в паре абзацев. Но день за днем проживать подобное — это совсем другая история. Такая нищета — рисует для меня картину Кейт, речь как пулеметная очередь, не оставляет места для ответа — такая нищета порождает тупую и блеклую монотонность: каждый четверг похож на пятницу,

каждый июнь похож на сентябрь. Жизнь состоит из мыслей и тревог о еде (на сколько еще хватит?), о счетах (когда нужно было заплатить?), о деньгах за аренду (хватит ли в этом месяце?). Постоянный просмотр телевизора, и споры, и беспокойный сон или тревожная бессонница. И не было никакого просвета, никакой надежды. Не было больше ничего. Не было разнообразия, перемен, семейных праздников, поездок. Дни рождения наступали и проходили незамеченными. Все вокруг было убогим, гнетущим и сложным.

В конце школьного года Бриджит продавала учебники детей, а осенью пыталась наскрести денег, чтобы снова их купить. Кейт часто прогуливала школу, чтобы не попадать в неприятности, если у нее не было нужных книг или других школьных принадлежностей, которое они никогда не могли себе позволить. Еще хуже было то, что ее младший брат пошел в школу на два года позже, чем было необходимо — Бриджит держала его дома, потому что не могла организовать его обучение. Он отправился в первый класс, только когда власти пригрозили матери наказанием. Мне приходит в голову, что они могли бы вместо этого предложить помощь.

«Люди просто оставляют тебя самого разбираться, — говорит Кейт. — Они предполагают, что если у тебя проблемы, то с ними уже разбирается кто-то другой. Так же происходит, когда ты видишь на улице человека, говорящего с самим собой. Ты просто предполагаешь, что он в порядке. Да, он странный. Ты не захочешь с ним подружиться, не захочешь поболтать с ним о погоде. Возможно, ты будешь избегать стоять с ним рядом. Но ты никогда не подумаешь: “Он говорит сам с собой, это проблема, нужно

что-то сделать”. Если бы все думали так, это тоже было бы ужасно».

«Разве?» — спрашиваю я.

Кейт трясет головой: «Я не знаю. Не знаю. Некоторые люди на терапии, и их семьи делают все как надо, но симптомы все равно есть. Наверное, только семья может точно знать».

Пятнадцатилетняя Кейт отодвинула тетрадь с домашней работой и взялась за чистый лист бумаги:

«Дорогой папа...»

Но что теперь?

Если бы она описала все, что происходит: как она просыпается среди ночи, чтобы увидеть мать на другом конце темной комнаты, устремившую взгляд в стену, шепчущую без перерыва в розетку. И как днем мама ходит туда-сюда по комнатам, словно призрак, недосягаемая в своем собственном внутреннем мирке. Как она могла разразиться бранью на собственных детей, бросая ранящие обвинения, вроде того, что Кейт — проститутка, предлагающая себя учителям...

Если бы Кейт даже и написала о том, что уже не помнит, когда мама обнимала ее или говорила «Я тебя люблю». Если бы она написала отцу, что у них нет денег, что им отчаянно нужны деньги. Не мог бы он, пожалуйста, выслать им денег. Если бы она дописала это письмо, то что потом? Она понятия не имела, куда его послать. И даже если бы она нашла его адрес, то что, если бы он просто бросил письмо в мусорный ящик, покинул их снова? Разве это не было бы еще хуже?

Нет, она не станет писать отцу. Может, поговорить с кем-то из школьных учителей? Они смогут что-то сделать. Они должны понимать, что что-то не так. Но что, если они пришлют кого-нибудь сюда? Кого-то из социальных служб, кто будет глумиться над

ними и осуждать их. Кого-то, кто сойдет с дорожки, откроет в дверь и тут же окажется в этой комнате. Этой грязной, угрюмой, маленькой комнате. Кейт с сестрой учат уроки за столом, старший брат сидит перед моргающим телевизором, мать разговаривает сама с собой у лестницы.

И что, если они увезут маму? Что, если они запрут ее где-то? Если они разделят Кейт с братьями и сестрой и отправят их в детский дом? Что будет с маленьким братиком? Разве это не будет еще хуже?

Нет, она не будет просить о помощи. Это их секрет. Они справятся, продерутся через все сами. День за днем, месяц за месяцем, год за годом. Каждую ночь, каждую ночь без исключения, Кейт теребила в руках четки и просила Господа прекратить это. «Пусть это прекратиться. Я сделаю все что угодно. Просто пусть она проснется нормальной. Сделай ее нормальной. Останови это».

ЭТО УЖАСНО — ПОСТУПАТЬ ТАК С ЛЮДЬМИ

Удивительно, но Кейт преуспела в школе, и ее отправили получать высшее образование — тогда оно было бесплатным. Учителя осознавали ее потенциал, даже если они не смогли осознать ее потребности.

Она была лучшей студенткой в своем наборе. На самом деле, несмотря на все испытания, что выпадали на их долю дома, все четверо детей были блестящими учениками. Правда, старшему брату понадобилось больше времени, чтобы найти свой путь. Кейт описывает его как самого умного из них, но он также был самым уязвимым, на него больше всех влияло то, что происходило за закрытыми дверьми. И он

оставался дома, распластавшись перед телевизором, а Кейт ежедневно ездила на учебу в Дублин, где изучала медицину. Он же выкручивал громкость телевизора, чтобы заглушить крики их матери.

Бриджит выходила из дома раз в неделю, чтобы забрать с почты пособие и снова запереться дома. «Она все время проводила у себя в комнате, — вспоминает Кейт. — Был период, когда она просто заперла дверь и сидела там, крича. Это был уже даже не шепот. Она кричала все время. У нее совсем не было жизни».

Кейт училась уже достаточно долго, когда, листая учебник по психофармакологии в университетской библиотеке, она наткнулась на главу о шизофрении. Раньше она думала, что эта болезнь предполагает «раздвоение личности».

Сердце забилось сильнее. Она узнавала мать на каждой странице.

Я представляю, как Кейт торопилась домой, чтобы рассказать об открытии. Представляю их вопросы, приоткрытую дверь, лучик света, лучик надежды.

«Очень здорово, Кейт. У этой штуки есть название. Это ничего не меняет», — брат не оторвал взгляда от экрана.

После стольких лет он отказывался верить в перемены. По правде говоря, и сама Кейт не особо в них верила. Они жили так с детства. Последние десять лет их жизни были такими. Младший не знал ничего другого. Это была норма.

И было еще одно препятствие. Новым чувством, затесавшимся теперь в атмосферу дома, стала вина. Если у этого было название, если у других были такие же проблемы, если существует лечение — почему они не сделали ничего раньше?

«Вы были детьми», — говорю я.

«Мы все до сих пор вели себя как дети, — настаивает Кейт. — Даже когда нам было по двадцать, двадцать один, двадцать два, мы все еще были детьми. Я ходила в колледж, как ходила в школу. Я выросла в этом пузыре. Я не знала других людей. Колледж и дом — это было то же самое, что школа и дом. Мы просто не повзрослели».

Я начинаю говорить о том, что это имеет смысл. Как могло быть иначе? Честно говоря, впечатляет, не то что впечатляет, просто ошеломляет, что…

Я натыкаюсь на непреодолимую стену.

Мы не ведем диалог в этот момент. Мы в одном месте, сидим за столом друг против друга. Я делаю пометки, и выглядит так, будто Кейт разговаривает со мной, но в то же время меня как будто нет. Когда я что-то говорю, я наталкиваюсь на тот же психологический барьер, который, я предполагаю, она держала все это время, чтобы остаться на плаву. Она начала, и поэтому она закончит, но я не могу войти, и мне определенно не позволено говорить что-то, чтобы дать ей почувствовать себя лучше. Таковы условия.

Сначала Кейт пошла к врачу сама. Невозможно было убедить мать пойти с ней. Бриджит не была у доктора много лет. Паранойя не могла позволить кому-то осматривать ее. Она не ходила даже к окулисту, хотя и страдала от ухудшения зрения. Она не собиралась давать какому-то незнакомцу светить ей в глаза. Бог знает, что из этого может выйти.

В сущности, это была одна из основных забот Кейт. Мама не молодела, и, хотя она не пила алкоголь и не курила, ее образ жизни нельзя было назвать здоровым: она была заперта в промозглой заплесне-

велой спальне, не упражнялась и ела не слишком хорошую еду. Если бы с ее организмом было что-то не так — давление, холестерин, да что угодно, — никто бы не узнал.

Но Кейт пришла, чтобы говорить не об этом. Она пришла рассказать врачу о поведении матери. Она сказала ровно столько, сколько, как она чувствовала, было необходимо, чтобы убедить врача, что маме нужна помощь. Доктор, правда, добавил, что, если человек хронически нездоров столько времени, лечение часто не приносит больших изменений. Затем нужно было обговорить технические детали. Кейт надо было подписать бумаги, подтверждающие, что мама не способна принимать решения за себя и что в ее интересах поступить в больницу для лечения. Только потому, что Кейт не была старшим ребенком, ей нужна была подпись еще одного родственника. Нужна была поддержка брата, а он сопротивлялся как мог. Он не соглашался с тем, что матери необходимо лечение. Он считал, что Кейт вмешивается не в свое дело. Споры длились ночами.

«Это нехорошо, — говорит Кейт, отворачиваясь в сторону. — Нехорошо поступать так с человеком. Ты забираешь у него право принимать собственные медицинские решения. Ужасно так поступать с человеком. Это огромная ответственность за живого человека. Особенно когда это продолжалось так долго, и ты ничего не делал. Это просто ужасно. Так поступать ужасно. Это чудовищно — забирать у кого-то его права».

Страшнее всего было то, что они помещали мать в больницу, из которой она могла никогда больше не выйти. Это было самое сложное решение в их жизни. Но они его приняли.

Все четверо подписали документы.

ЕСЛИ ОНИ ТЕБЯ ЛЮБЯТ

Бриджит обмякла и сползла в кресле, она едва могла открыть глаза. Она не вставила верхнюю челюсть. Во рту было сухо, и губы слипались, когда она пыталась говорить. «Доктора дали мне что-то, Кейт, — справилась она. — Я не должна здесь быть. Это все ошибка. Я хочу домой».

Люди раньше шутили про психиатрическую лечебницу Ньюкасл, что в графстве Уиклоу. Если не бросишь это дело, закончишь в Ньюкасле, говорили они. Это одно из таких мест. Люди предполагают, что никто не попадает туда на самом деле. Только сумасшедшие. Другие люди, не такие как мы, — вот кто там живет. Таково, во всяком случае, было впечатление Кейт.

Проход через территорию был не так уж плох. Много зелени и деревьев. Но, оказавшись внутри, Кейт испугалась за себя и испугалась за маму.

Она замешкалась, прежде чем взять мать за руку. Она чувствовала такую вину, такое раскаяние, стыд за то, что она совершила.

Но ситуация улучшилась на удивление быстро. Кейт считает, что частично за это стоит благодарить и просто новую обстановку — больше стимуляции, больше четких границ. В последние годы, когда старшие дети все больше погружались в собственную жизнь, и особенно когда младший сын оказался наконец способен позаботиться о себе сам, в мире не осталось почти ничего, что привязывало бы Бриджит к реальности. О ней потихоньку забывали, и ее бредовые идеи падали на благодатную почву постоянной изоляции.

Мы все немного безумнее, когда остаемся одни, не так ли?

Пока мать была в больнице, Кейт воспользовалась возможностью и сделала кое-что, что должна была сделать еще много лет назад. Она пожаловалась на арендодателя в департамент здравоохранения.

Они десять лет жили в этом доме, и все это время хозяин отказывался что-либо чинить, отрицал, что с домом хоть что-то не так, язвительно заявлял, что все в наилучшем состоянии, что сейчас уже так не строят… и тому подобное. Инспектор из департамента здравоохранения с ним не согласился. Арендодателю пришлось провести значительные работы по всему дому.

В то же время Кейт с братьями и сестрой искала место, куда они все могли бы переехать. Место, где принимали бы выплаты по социальному обеспечению.

«Людям в сложном положении, какими были мы, всегда сочувствуют в абстрактной ситуации, но никто не хочет помогать им в реальности, — поясняет мне Кейт. — Множество приятных, заботливых, нормальных людей принимали участие в выселении моей семьи, заставляли нас чувствовать себя изгоями, отворачивались от нас, игнорировали. Нас подвели социальные службы, школьные учителя, доктора, администрации, арендодатели, родственники и службы психологической помощи. Не из-за отдельных людей — все они были хорошие люди, у многих были свои семьи, — но из-за системы, в которой они существовали».

Они нашли место, куда смогли переехать. Было непросто, но они нашли. Теплый, чистый, просторный дом с верандой, который после выписки из больницы Бриджит смогла называть домом.

Если бы вы не знали всех обстоятельств, не были знакомы с тайной историей семьи, вы бы не придали

этому никакого значения. Но для Кейт это стало большим событием. Теперь она собиралась в университет, а мама сидела в гостиной, смотрела передачу про преображение очередной женщины с помощью макияжа и нового гардероба. Это уже само по себе было необычно. Телевизор раньше всегда был включен, но Бриджит его не смотрела. Для нее это был способ угомонить детей, прекратить драку.

Иногда телевизор становился каналом телепатической связи с кем-то, невидимым для остальных.

Ее пребывание в больнице продлилось всего пару недель — достаточно, чтобы начать принимать антипсихотические препараты и передать Бриджит на попечение общественных психиатрических служб. Она все еще была довольно вялой, много спала. Она подняла глаза от экрана и внезапно обратилась к дочери: «Сегодня я узнала, что если пользуешься блеском для губ и хочешь выглядеть элегантно, то нужно наносить его только на нижнюю губу. Это не так вульгарно, как мазать обе».

И все. Она снова повернулась к телевизору.

Это был лоскуток нормальности. Так Кейт называет тот случай. Получить крупицу информации из внешнего мира и поделиться ею с кем-то — не просто с кем-то, а с ней, с Кейт.

И Кейт поняла, что спустя столько лет она уже не ожидала никогда услышать от матери что-то настолько незначительное и прекрасное в своей обыденности. Были и другие лоскутки. Как-то Бриджит попросила купить ей диск с песнями Джони Митчелл, еще раз — книгу, о которой она слышала. Кейт осторожна, она старается не переоценивать значение этих эпизодов. Бриджит по большей части оставалась отстраненной. Она быстро уставала, ей быстро наску-

чивали вещи. Препараты, как выяснила Кейт, не стали панацеей: «Они просто сглаживают паранойю — и оставляют за собой сонного, одинокого, усталого человека». Кейт думает, что мать все еще говорила со стенами, все еще слышала голоса, но теперь в ее жизни было что-то еще, психоз не поглощал ее полностью.

Однажды вечером Кейт с матерью поехали в Дублин, чтобы послушать Венский юношеский хор. К этому времени Кейт работала младшим врачом и зарабатывала достаточно, чтобы иногда возить мать куда-нибудь на выходные. Кейт помнит эту конкретную поездку потому, что, когда она вошла в концертный зал, тут же почувствовала себя неловко из-за выбора одежды. Женщины вокруг них сияли гламурными платьями и туфлями на каблуках, и Кейт чувствовала себя ребенком в своих цветастых лодочках и коричневой юбке с вышивкой, которая сейчас ассоциировалась у нее с образом школьной зубрилы.

«Боже, мам, — прошептала она, — я одеваюсь как ребенок».

Бриджит ласково улыбнулась: «Ты можешь носить все что хочешь. Главное, чтобы это делало тебя счастливой».

Рассказывая мне об этом сегодня, Кейт светится от радости и одновременно не может сдержать слез. Потому что именно такие вещи матери говорят своим дочерям, правда? Люди говорят такое, если они тебя любят.

Спустя несколько дней после Рождества Бриджит вызвала скорую, потому что ей было трудно дышать. Ее госпитализировали. Все тело у нее болело. Она была усталой, желтушной, у нее давно уже начался

кашель, который никак не проходил. Ей было шестьдесят два года.

В больнице ей назначили анализы, но было все еще праздничное время. На дежурстве было меньше старших врачей, все занимало больше времени. Бриджит был необходим катетер, и Кейт вспоминает, что это очень ее тревожило. Она была убеждена, что умирает.

«Присмотри за братьями, когда я умру», — сказала она Кейт в новогодний вечер.

«Ну что за драматизм! — засмеялась Кейт. — Ты не умираешь». Но она видела, как испугана мать, поэтому обняла ее. И поцеловала. Это был странный момент для них обеих. «Потому что мы никогда не обнимались», — говорит мне Кейт. Сейчас она обнимает сама себя. Голос немного ломается: «Мы друг друга не трогали. Я не помню, чтобы я обнимала ее или целовала. Может, когда я была совсем маленькой. Но мы не выражали своих чувств так».

Бриджит закатила глаза и обняла дочь в ответ. И Кейт знает, что она была рада. Что она была счастлива, потому что кто-то ее обнял.

Тесты показали, что опухоли уже везде: в легких, яичниках, печени — везде. Все ее органы начали отказывать. Бриджит болела еще неделю. Затем, окруженная всеми четырьмя детьми, она скончалась.

После испытаний длиной более чем в половину жизни такая смерть казалась оскорбительной. Умереть от чего-то настолько обычного и рутинного как рак казалось даже неестественным. Кейт верит, что мать заслужила более великую смерть.

«До сих пор кажется нелепым, — говорит она, — так глупо, что можно заболеть раком после такой странной, страшной, дерьмовой жизни. Что можно

три года выцарапывать нормальность по кусочкам. А потом умереть от рака. Просто нелепо. Мне до сих пор кажется...» — она пожимает плечами, не находя слов.

За десять лет, что прошли после кончины Бриджит, чувства Кейт переменились с детского гнева, страха, разочарования и смущения на восхищение. В самых жестоких обстоятельствах ее мама делала все, что могла. Мать-одиночка, без гроша, преследуемая, окруженная видениями и голосами, которые никто больше не слышал, — она удержала четверых детей вместе, сохранила крышу над их головой, кормила их.

«Неважно, какой она была еще, — заключает Кейт. — Это была моя мать».

Бредовые идеи

«Когда один человек страдает бредовыми идеями — это зовут сумасшествием. Когда многие — религией», — так написал Роберт М. Пирсиг в книге «Дзен и искусство ухода за мотоциклами». Эта цитата приходит мне на ум, когда я вспоминаю о тех толпах в Ирландии, собирающихся у внезапно оживших статуй Девы Марии. Насколько мне известно, этих людей никто в массе не называл психически больными.

Я не стану утверждать, что между ними и Бриджит нет разницы. Я думаю, все же есть. Я верю, что есть существенные отличия между теми мимолетными мыслями, что появились в голове у тысяч людей и были нормализованы — даже поощряемы — обществом, и сокровенными убеждениями Бриджит, убеждениями, от которых она не отказалась, даже когда общество подвергло ее остракизму. Эти два случая не тождественны. Но все же у них есть важные общие черты. И я готов поспорить, что «Год живых статуй» — отличная иллюстрация того, что в случае необходимости все люди (включая предположительно «нормальных») проявляют удивительную способность верить в чепуху.

Мы, люди, в целом не слишком рациональные существа. Наш разум полон предубеждений, суеверий, ложных воспоминаний, принимаемых за факты мнений и утешительных обманов. И как только мы начинаем верить во что-то, мы имеем склонность держаться за свою веру вне зависимости от ее истинности. Как заметил историк Джеймс Харви Робинсон: «Большинство наших так называемых “логических

суждений” состоят из подбора поддерживающих аргументов к тому, во что мы уже верим». И в самом деле, исследование, проведенное в университете штата Огайо, показывает, что люди читают статью на 36 % дольше, если она приводит аргументы в поддержку их собственного мнения[85]. Если эта статистика звучит убедительно, вы можете дочитать мою книгу с полным вниманием. Если нет — в принципе, можете просто пролистать.

Как мы уже убедились, решение о том, считаются ли необычные убеждения того или иного человека «психическим расстройством», принимается далеко не с помощью точной науки. Определение «бредовых идей» меняется с каждой редакцией *DSM*. Интересный поворот — в *DSM*-5 говорится, что убеждение не должно быть ложным, чтобы быть бредовым.

Это может звучать контринтуитивно, но я склонен согласиться с новым определением. Представьте: вы уверены, что партнер изменяет вам. Этому нет никаких доказательств, а то, что вы считаете доказательствами, кажется другим людям очень странным. То, как облака движутся по небу, становится индикатором неверности, или любовник вашего партнера шлет вам зашифрованные угрозы через телепередачи. Вы абсолютно убеждены в своей правоте, несмотря на отчаянные попытки партнера продемонстрировать свою верность. В действительности чем больше вас пытаются убедить в том, что вы ошибаетесь, тем больше растет ваша уверенность. Если ваш партнер соглашается остаться дома, вместо того чтобы пойти в бар с друзьями, он просто играет с вами, как кошка с мышкой. Каждый раз, когда вы покидаете комнату или просто отворачиваетесь, партнер подает тайные знаки вашему сопернику или сопернице.

А теперь предположим, что у вашего партнера действительно роман на стороне. Будет ли это значить, что вы не страдаете бредовыми идеями? Излечены ли вы?

Думаю, нет.

В *DSM*-5 бредовые идеи определяются как «твердые убеждения, не меняющиеся в свете объективных доказательств их ложности»[86]. В эти широкие сети может попасться больше народу, чем мы готовы признать.

В то же время некоторые идеи так необычны, что действительно выделяются на фоне прочих. Я снова вспоминаю Эрику — журналистку, считавшую, что она совершила множество тяжких (и совершенно невероятных) преступлений, что все заголовки в газетах обращены к ней и что MI5 выслеживает ее с помощью камеры, помещенной в матку. Потом я вспоминаю Джеймса — солдата, уверенного, что армия выбрала его для прохождения секретной миссии, а позднее — что он мессия. Похожим образом Бриджит верила, что ее избрала сама Богоматерь, чтобы выполнять важную сверхъестественную работу по всему миру. И снова — доказательства этому Бриджит находила в газетах.

Эти убеждения, определенно, не встречаются нам часто. Хотя, если быть до конца честным, они не особенно меня шокировали. Любой человек, работавший в сфере острой психиатрии, знаком с подобными нарративами. Психиатрические медсестры в Америке вряд ли встречали много пациентов, убежденных, что за ними с помощью шпионских приборов следит *MI*5 (или, что более «вероятно», — *MI*6). Но они наверняка сталкивались с пациентами, которые думали так о ЦРУ или ФБР. В зависимости от региона Дева

Мария заменяется пророком Мухаммедом или другой религиозной или культурно значимой фигурой, но, за исключением имени и пары деталей, неизменно похожие картины появляются во всех культурах. И правда, учитывая непостижимое множество верований, которое способны производить люди, больше всего в бредовых идеях (по крайней мере тех, что приводят людей в кабинет врача) удивляет, как мало на самом деле существует для них тем. Мы еще вернемся к этому. Пока же давайте рассмотрим самый частый мотив: преследование.

«Две тревожные идеи лежат в основе бреда преследования: мне будет причинен вред и другие люди стоят за этим», — таково наблюдение Дэниела Фримена, профессора клинической психологии в Оксфорде, специализирующегося на изучении и лечении бреда преследования. «Подобные параноидальные мысли превалируют в большинстве случаев, — объясняет он. — Это происходит потому, что мы постоянно принимаем решения о том, доверять людям или нет. Не так уж удивительно, что мы часто с этим ошибаемся»[87]. Исследования Фримена предполагают, что как минимум 10-15 % людей, а может, и треть, регулярно испытывают параноидальные мысли. Мы только сейчас начинаем это осознавать и обсуждать, считает Фримен. Он также подозревает — хотя эту информацию только предстоит проверить, — что наше общество становится все более недоверчивым, и это связано с усилением нервозности, тревожности и страха.

Как нервный, тревожный, испуганный человек, коротающий слишком много времени в волнениях о том, что люди могут обо мне подумать (и часто предполагающий худшее), — я симпатизирую этой

теории. Хотя, повторюсь, что это разные вещи: думать, что кто-то нас недолюбливает, и думать, что кто-то внедрил в наш мозг чип и контролирует наши мысли.

Первое, по крайней мере, возможно.

Дэниел Фримен соглашается: «Ошибаться в своем недоверии к кому-то — не то же самое, что иметь бред преследования. Но это все же родственные явления. И никто пока не смог установить количественную разницу. Это может быть похоже на сравнение депрессивного эпизода и просто плохого настроения. Да, они отличаются, но это не абсолютно разные процессы. То, что мы назовем паранойей, может быть, стало ею по ряду внешних и внутренних причин. Более глубокое расстройства сна, выше уровень тревоги, ниже самооценка, обширнее история травм, более веские доказательства — все это может двигать человека дальше по «спектру».

Одни из самых прорывных исследований Дэниела Фримена фокусируются на связи бреда преследования и невроза чрезмерного беспокойства. Под неврозом в этом случае имеется в виду психическое расстройство, характеризующееся тревогой, депрессией и другими негативными чувствами, которые не подразумевают потерю связи с реальностью, характерную для психоза.

Волнение, предполагает Фримен, порождает неправдоподобные идеи, удерживает их в мозгу и увеличивает тревогу, ими вызываемую. Оказывается, что люди с тяжелыми случаями паранойи демонстрируют примерно тот же уровень тревоги, что и люди с диагнозом «генерализованное тревожное расстройство» — эталонной болезнью тех, кто постоянно о чем-то волнуется.

Что ж, я подозреваю, большинство читателей не будут слишком удивлены этому открытию. Довольно логично, что если ты веришь во что-то ужасное, ты будешь об этом волноваться. И все же это простое наблюдение почему-то ускользало от внимания специалистов. Отчасти так могло происходить в силу влияния давней традиции разделять «психоз» и «невроз». Так что если у человека проявляется психотический бред, то внимание психиатров и, соответственно, лечение, будет сфокусировано на нем, а ассоциированный «невротический дистресс» будет игнорироваться. Проблема такого подхода заключается в том, что, по мнению Дэниела Фримена, крайнее волнение не только проявляется вместе с бредовыми идеями, но оно также подогревает и усугубляет их. «Очевидно, что невротические мысли идут на пользу паранойе, — говорит он мне. — Это значит, что мы даем волнению почву, на которой оно становится еще сильнее. Мы также усложняем содержание тревог, выдумываем все более невероятные сценарии. Ключевой момент — невроз притупляет нашу способность определять, насколько такие сценарии возможны в реальности».

Последний пункт требует немного разъяснений. Как могут люди, просто думая о чем-то, укрепляться в вере, что это что-то на самом деле произойдет?

Повторю: люди — не слишком рациональные существа. Когнитивная предрасположенность, влияющая на каждого из нас (испытываем мы психоз или нет), заставляет переоценивать вероятность события, если оно без труда приходит нам на ум. На эту особенность может влиять то, как давно мы сформировали воспоминание, мнение или страх, а также насколько та или иная мысль необычна и эмоционально заряжена. Именно поэтому никто не хочет купаться в море,

если только что посмотрел «Челюсти» (по тому же принципу никто не хочет больше смотреть фильмы, если только что увидел «Челюсти 4: Месть»)[88].

«Больше, чем чего-либо другого, я наблюдаю у параноиков, как они уходят в себя, замыкаются от мира из-за своих страхов, — объясняет Фримен. — Они не хотят встречаться с людьми, все больше времени проводят в одиночестве, и тогда тревога становится их жизнью. Иногда нам кажется, что мы решим проблему, если достаточно о ней поволнуемся. Но это неэффективная стратегия, потому что она затуманивает рациональное суждение».

Я полагаю, здесь нам всем есть о чем подумать.

В 2015 году Фримен с коллегами провели исследование: люди с бредом преследования проходили психотерапию, которая фокусировалась исключительно на уменьшении уровня тревоги, игнорируя при этом содержание бредовых идей. «Это хороший способ начать, — поясняет Фримен, — потому что так люди могут понять, что волнение только усугубляет их положение, и при этом им не нужно ввязываться в спор о том, насколько реален предмет их тревоги».

Результаты исследования оказались обнадеживающими. Уровень дистресса снизился, а вместе с ним и уверенность в истинности бредовых идей[89]. Нельзя утверждать, что такой подход — лучший вариант для всех. Или что он поможет людям с другими типами убеждений, ассоциированными с «шизофренией». Но для некоторых людей, поглощенных бредом преследования, это может стать важной щербинкой в броне расстройства.

Современная психиатрия, кажется, больше сосредоточена на присутствии или отсутствии бреда, а не на его содержании.

Особенно это актуально в Америке, где против такого аспекта собственной профессии обратился Джоэль Голд, практикующий профессор психиатрии в Нью-Йоркском медицинском университете. «Бредовые идеи, как и все рожденные умом идеи, имеют значение, — пишет он. — И все же психиатрия не склонна в это верить, у нее не возникает интереса к тому, что разные умы порождают разный бред. Психиатрия хочет лишь исключить этот психотический симптом. Это довольно любопытно. Наших пациентов чрезвычайно занимают их бредовые идеи, так почему они не должны занимать нас? Большинство людей принимают свои мысли всерьез, основой психиатрии являются рассуждения об идеях. Когда мы внимательно выслушиваем пациента, обращаем равное внимание на психотические и непсихотические мысли, мы пестуем терапевтический союз, а такие союзы порождают более удачные клинические результаты. Тот факт, что бредовые идеи имеют значение для наших пациентов, должен быть достаточной причиной, чтобы и мы придавали им значение»[90].

Аминь.

Так же справедливо и то, что я уже упоминал выше: если взглянуть на бредовые идеи чуть пристальнее, окажется, что общие сюжеты находятся почти всегда.

Все бредовые идеи могут быть категоризированы. Мы обсудили самую распространенную категорию: бред преследования. Он возникает у 70 % людей, впервые переживающих психотический эпизод. На втором месте по распространенности — бред величия, когда человек верит в свои сверхспособности, необыкновенную власть, влияние или славу. Другие типы бредовых идей включают: бред отношения (вера в то, что события вокруг — вроде жестикуляции

героев телепередачи — обращены к человеку или имеют для него особое значение); эротоманный бред (когда человек непоколебимо и ошибочно верит, что другой человек в него влюблен); нигилистический бред (убеждение, что грядет великая катастрофа); соматический бред (озабоченность здоровьем, телесными функциями и отказом органов).

Мне кажется удивительным, что два наиболее частых мотива бреда — преследование и величие — так отличаются друг от друга. Прятаться от мира, в котором все тебе враги, выглядит как полная противоположность уверенности, что у тебя есть суперсилы, что ты неуязвим.

Разговаривая со мной из своего психотерапевтического кабинета в Манхэттене, Джоэль Голд не соглашается: «Эти два убеждения тесно связаны. Если человек чувствует, что его преследуют, то в этом есть и доля величия. Если ЦРУ полагает, что я храню секрет, ставящий меня под удар, — это просто грандиозно». Вспоминается случай Эрики, не так ли? В худшие свои времена она не считала себя каким-нибудь жалким воришкой — нет, она была самой разыскиваемой преступницей в стране. Мы также можем начать с другого конца — с мегаломании. «Давайте признаем, — предлагает Джоэль, — если вы считаете себя Христом, то распятие всегда маячит где-то на горизонте. Появляется неотъемлемое чувство риска. Люди захотят навредить тебе, объявить тебя ложным пророком».

Это захватывающее наблюдение, хотя Джоэля куда больше интересует другая общая черта, черта, способная объединить все упомянутые типы бредовых идей. Речь идет о том, каким уникальным образом любые бредовые идеи касаются мира социального и его угроз. Теория Голда (разработанная вместе

с его братом, профессором философии и психиатрии в университете Макгилла, Иеном Голдом) состоит в том, что бредовые идеи появляются тогда, когда происходит сбой в психологическом механизме, ответственном за социальную жизнь со всеми ее опасностями. Джоэль называет этот механизм «системой подозрения» (*suspicion system*).

«Нам нужно вести переговоры и выживать в социальном мире — это факт, — поясняет Джоэль. — И это совсем непросто, правда? Та еще задачка. Необходимо постоянно быть настороже, распознавать потенциальные угрозы».

Ключевое слово здесь «потенциальные». Нет смысла быть настороже, если угроза уже осуществлена и вред нанесен. Нет, мы должны предвидеть опасность, чтобы ее избежать. Это вынуждает нас чутко реагировать на социальные и другие внешние сигналы, некоторые из которых амбивалентны. Иногда мы можем доверять только своей интуиции и инстинктам. Взглянем на ситуацию, которую в качестве примера приводят братья Голд в своей книге «Подозрительный разум» (*Suspicious Minds*). Они предлагают нам представить, что мы идем по темному лесу или неблагополучному району поздней ночью.

> *«Легчайший шорох за вашей спиной — это, скорее всего, ветер, шевелящий листья на земле. Но это могут быть и осторожные шаги кого-то, кто может напасть в любую секунду. Эффективная когнитивная система распознавания угроз должна автоматически привлечь ваше внимание к звуку. Эта система заставляет вас быстро (иногда под-*

сознательно) подумать о том, что значит этот звук, и действовать в зависимости от вывода. Ко всему прочему, спровоцированное системой побуждение на время заглушит все остальные импульсы — они станут вновь заметны, когда угроза минует. Реакция на звук, который может сигнализировать об опасности, требует полного нашего внимания — даже если тревога откажется ложной. Быть бдительным в этой ситуации — значит действовать, основываясь на непроверенной информации: но когда речь идет о потенциальной стае волков или потенциальном ночном грабителе, то лучше лишний раз поберечься. То, что мы зовем «страхом», — и есть одна из таких когнитивных систем: автоматический, неприятный, высокоэффективный механизм, который мобилизует наше внимание ради самосохранения».

Эта «система подозрения» не ограничивается опасностями, которые могут привести к смерти. В соответствии с теорией братьев Голд она работает все время, «мониторит» каждое социальное взаимодействие. Она провоцируется жестом, выражением лица, мельчайшим изменением в поведении собеседника: так мы чувствуем, что друг привирает, супруг готов изменить, а босс хочет отдать повышение другому.

Такие вещи важны на очень глубоком эволюционном уровне. Мы говорим ни больше ни меньше

о способности произвести и обеспечить всем необходимым потомство, обезопасить и закрепить свой статус в племени. Критично, чтобы мозг постоянно был начеку, следил за всем, что может скомпрометировать эти способности — так мы можем предотвратить угрозу до ее наступления. В этом свете гораздо лучше пару раз зря почувствовать, как сердце уходит в пятки, чем понизить чувствительность радара и пострадать от более тяжелых последствий непредвиденной угрозы.

Но все же большую часть времени мы не скачем по жизни как испуганные кролики. После первого укола страха мы не обязаны пускаться бегом по темной аллее. В этом отношении «система подозрения» может быть описана через «теорию дуального процесса» — это такая когнитивная модель[91]. Пока что мы описывали процесс работы Системы-1: быструю, интуитивную, подсознательную реакцию. Это громкий сигнал тревоги в древней части нашего мозга. Затем начинает работать Система-2 — контролируемый, вдумчивый, сознательный процесс мышления. Он не такой быстрый, потому что требует гораздо больше усилий, но как только Система-2 начинает работать — угроза, выделенная Системой-1, подвергается оценке, устанавливается ее реальность.

«Не-не, все в порядке, — говорит Система-2. — Это не страшный паук. Это просто верхушка помидора».

Вариант для ликоперсикофобов (*lycopersicoaphobics*): «Это не страшный помидор. Это просто безобидный паук».

Я, конечно, упростил все для экономии времени, но основой теории Джоэля и Иена является то, что бредовые идеи расцветают, когда полезные — больше того, совершенно необходимые — системы воспри-

ятия опасности дают сбой. Наши подсознательные «системы подозрения» становятся чересчур чувствительными, видят угрозу там, где ее нет. В то же время наше рациональное начало оказывается не в силах сдержать или отвергнуть эти подозрения. Если мы примем эту теорию, то станет ясно, почему именно бред преследования распространен так широко — он стоит ближе всего к нормальной функции «системы подозрения». Паранойя — это, по сути, подозрительность, которую не остановить и не сдержать, сломанный защитный механизм. В то же время бред величия в соответствии с теорией братьев — это сломанный механизм реагирования на опасность.

Не будем забывать, что предназначение «системы подозрения» заключается в том, чтобы предупредить нас о потенциальной угрозе, чтобы мы могли ее избежать. Как мы узнали от Дэниела Фримена, самым распространенным способом избегания оказывается замыкание в себе. Если же уйти в себя по каким-то причинам невозможно, могут начать действовать другие механизмы самосохранения: а если мы не можем спрятаться от опасности, что ж, тогда мы стараемся выглядеть как можно больше и сильнее, чтобы отпугнуть то, что нам угрожает. Мы повсюду в природе наблюдаем эти стратегии. Но в сложных человеческих сообществах часто недостаточно поиграть мускулами и выпятить грудь. Поэтому мы делаем кое-что другое. По наблюдениям Джоэля и Иена Голда, когда на людей оказывается давление, они часто начинают слегка преувеличивать собственную важность, чтобы получить преимущество. Звучит знакомо, не правда ли? Мы преувеличиваем свои достоинства, стараемся удостовериться, что все наши добродетели на виду. Иногда мы врем о том, что думаем и чувствуем, чтобы защитить свой со-

циальный статус. Немного постаравшись, мы можем даже поверить в собственную ложь.

Но достаточно о каждом фейсбучном посте, что был когда-либо написан.

Бред величия, похоже, может являться не чем иным, как неотрегулированной версией нормальной стратегии выживания.

Отталкиваясь от этого, можно начать относить все распространенные бредовые идеи к одной из двух категорий: поломка системы, предназначенной для предупреждения социальных опасностей, или неадекватная работа механизма реагирования на такие опасности. Даже что-то настолько странное, как бред отношения, обретает смысл, если мы примем во внимание, что здоровая «система подозрения» должна следить за малейшими подсказками — взглядами, жестами, случайно подслушанными разговорами, — которые могут сигнализировать о враждебных к нам намерениях. Ошибка или неподконтрольность подозрения неизбежно приведет к поиску таких подсказок во все более невероятных местах.

Это спекулятивная теория, и таких существует еще великое множество. Я сфокусировался на этой, потому что она помогает осмыслить некоторые внешние причины психоза и так называемой шизофрении, которые мы ранее обсуждали в этой книге. Вы вспомните, что тяжелое детство, или сепарация родителя, или переход в другую школу несколько раз, или иммиграция, или травля, или проживание в густонаселенной области могут повысить риск психоза в будущем. Но что общего у всех этих событий?

Совершенно точно, все они связаны с повышенным уровнем стресса. Но это не отличает их от множества других ситуаций, которые не повышают риск развития психотического расстройства. Нет,

что действительно объединяет эти и только эти ситуации — они вызывают страх. И согласно братьям Голд это очень определенный вид страха, требующий повышения бдительности на продолжительное время.

Жертва насилия или травли будет ожидать и пытаться избежать будущих нападений. Если речь идет об уходе родителя — ребенок теряет важную фигуру защитника и должен больше сил прикладывать к самостоятельной обороне, в то же время бессознательно (или сознательно) стараясь избежать новой потери. Каждый раз по приходе в новый класс все вокруг — незнакомцы, и нам необходимо быстро выяснить, кто «безопасен», а кто нет. То же с иммиграцией. И чем больше вокруг нас людей, тем большего количества незнакомцев нам нужно опасаться, задействуя «систему подозрения». Бредовые идеи могут быть высокой ценой, которую мы платим за необходимость на протяжении долгого времени все время быть настороже.

А теперь, если дорогие читатели позволят, я процитирую собственный роман «Шок падения»:

> *«Во мне сидит болезнь, хворь, формой и голосом напоминающая змею. Когда я узнаю что-то новое, она тоже это узнает. Если у тебя ВИЧ, рак, микоз стопы — вы не можете их ничему научить. Когда Эшли Стоун умирал от менингита, он мог знать, что умирает, но его менингит не знал. Менингит не может ничего знать. Но моя болезнь знает все, что знаю я. Было сложно это осознать, но в тот момент, когда я понял, моя болезнь поняла тоже».*

Главный герой приходит к понимаю сложных взаимодействий между психозом и его знаниями о мире — они влияют друг на друга. Он говорит от первого лица о личном опыте, но если мы посмотрим на тенденции и их изменения со временем, мы увидим, что бредовые идеи обретают форму под влиянием тех же сил, что формируют и любые другие наши взгляды на мир.

Это было хорошо продемонстрировано в Словении, при изучении медицинских записей о психиатрических пациентах, поступивших в больницы в 1881–2000 годах. Обнаружилось, что бредовые идеи религиозного содержания, превалировавшие в начале XX века, резко сократились в количестве между 1941 и 1980 годом. В это время Словения была частью коммунистического режима Югославии. Правительство преследовало религию, и чем меньшее количество людей контактировало с религиозными представлениями и образами, тем реже такие мотивы возникали в бредовых идеях. В 1981–2000 годах (после падения коммунистического режима и восстановления свободы вероисповедания) религиозные темы вновь стали появляться в бредовых идеях пациентов[92].

Джоэль Голд не удивлен. «Для симптома, который часто называют способом побега от реальности, «психоз» на удивление тесно связан с реалиями внешнего мира, — замечает он. — К какой бы культуре ни принадлежал человек, она проявится в бредовых идеях. Большую часть истории религия была центральной организующей силой человеческой жизни. Начиная с середины XIX века, вместе с тем как религия становилась все более “опциональной”, мы видим соответствующий спад бреда религиозного содержания».

Чего стало больше, так это бреда по типу «Шоу Трумана»: когда человек верит, что за ним постоян-

но наблюдают с помощью спрятанной техники ради развлечения других людей (как случилось с героем Джима Керри в одноименном фильме).

Джоэль начал наблюдать увеличение количества «трумановских» идей в своей клинической практике начиная с 2000-х годов. «Я не думаю, что подобные идеи почерпнуты напрямую из сюжета фильма, — рассуждает Джоэль. — Но вряд ли кардинальные социальные сдвиги — в технологиях, социальных сетях, методах отслеживания — могли не возыметь никакого влияния на людей». Большую тревогу вызывает предположение Джоэля о том, что радикальные перемены в жизни общества не только определяют содержание бредовых идей, но могут служить также их непосредственной причиной. Если городская среда повышает риск развития психоза, то таким же образом может влиять на нас вечное и совместное пребывание в онлайне.

«Люди проводят больше времени в «Твиттере», «Инстаграме» и «Фейсбуке» и становятся менее счастливыми, — поясняет Джоэль. — Я считаю, социальные сети плохо отражаются на ментальном здоровье, точка. Так что если кто-то из ваших близких предрасположен к психозу и знаком с социальными сетями — даже если он в них не сидит, а просто знает об их существовании, — это может сыграть на давнишней идее преследования: “за мной наблюдают”. Ну да, люди действительно наблюдают. И если вы находитесь где-то в этом “спектре”, если у вас гиперчувствительная “система подозрения”, то да, это будет играть важную роль».

Я почти уверен, что незаконно писать что-либо о бредовых идеях, не цитируя психиатра и философа Карла Ясперса (1883–1969). «С незапамятных вре-

мен, — писал он, — бред воспринимался как ключевая характеристика безумия. Быть сумасшедшим значило иметь бредовые идеи».

Эта цитата появляется везде. И все же мне кажется, что чем больше времени мы сидим, раздумывая над бредовыми идеями, тем менее безумными они кажутся и тем больше предлагают ясности. И ни у кого нет против них иммунитета. Любые наши предрассудки и страхи — свидетельство того, что все мы хоть в какой-то мере подвержены бреду. С незапамятных времен бред был ключевой характеристикой человечества.

Но что насчет других необычных явлений? О бредовых идеях невозможно говорить отдельно от галлюцинаций. Еще одна довольно старая теория говорит, что необычные нарративы бреда — не что иное, как попытка осмыслить другие необычные вещи, что происходят с человеком[93]. «Она постоянно слышала голоса, — рассказывала о матери Кейт. — И постоянно им отвечала, тихонько шепча что-то про себя».

Опыт Бриджит не ограничивался тем, что она во что-то верила. Она также что-то слышала.

Нам стоит подумать о голосах в собственной голове. Но сначала необходимо поговорить о том, что объединяет людей с диагнозом «шизофрения» больше всего.

Медикаментозное лечение

Вы помните Амита? Я рассказывал о нем в самом начале книги. Он был первым из многих пациентов, которым я принудительно вводил лекарства.

Сейчас уже очень странно писать об этом. Я давно не работаю медбратом в палатах для «острых» пациентов, и сложно представить меня в составе команды «Контроль и Ограничение», вводящим препарат человеку, который отчаянно этого не хочет. Конечно, все это было абсолютно законно, и я верил, что действую в интересах пациентов. Я работал плечом к плечу с одними из самых добрых и заботливых людей — я знаю, они хотели помогать, а не причинять вред. В то же время я не могу не чувствовать внутреннего противоречия, когда думаю о тех временах.

Амит не был белым. Поэтому при его столкновении с миром психиатрии у него было значительно больше шансов оказаться в неприятной ситуации, чем у любого белого пациента. Недавнее независимое расследование — оно было выполнено по заказу правительства — показало, что принадлежащие к этническим меньшинствам психиатрические пациенты в четыре раза чаще попадают под закон о принудительной госпитализации, чем белые. Также в десять раз выше вероятность, что их обяжут принимать препараты и после выписки из больницы. Такие обязательства подразумевают, что пациент должен строго соблюдать режим приема лекарств, посещать специалистов для оценки психического статуса, а также перестраивать свою жизнь под угрозой возвращения в клинику[94]. Об этом значительном перевесе иногда

говорят, используя эвфемизм «гиперрепрезентация черных пациентов в системе охраны психического здоровья».

«Институциональный расизм» — звучит куда честнее.

Один из руководителей вышеупомянутого исследования, Стив Гилберт, высказывался о собственном опыте взаимодействия с «системой психиатрической помощи», опыте чернокожего мужчины. «Почти любая предвзятость, влияющая на принятие решений, — несознательна, — объясняет он. — Я не встречался с сотрудниками-расистами, но я видел много членов медицинского персонала, которые не имели никакого представления о проблемах и особенностях людей из африканских или карибских сообществ. Если говорить о принимаемых решениях, тебя чаще будут оценивать как “угрозу”, если ты молодой и черный (с африканскими или карибскими корнями) мужчина, чем если ты белый. У меня очень громкий голос, и это можно неправильно интерпретировать как агрессию. А если я пугаюсь или тревожусь, он становится очень-очень громким»[95].

Проблематичные отношения психиатрии с черным сообществом уходят корнями как минимум к периоду легального рабства в Америке, когда рабу могли поставить диагноз «драпетомания» — психическое расстройство, заключающееся в настойчивом стремлении сбежать на свободу*.

В своей книге «Протестный психоз» доктор Джонатан Метцль указывает на тревожащую и циничную связь между «черными» протестами в Америке в конце 1960-х и возросшим количеством «шизофрени-

*Да, вы все верно прочитали.

ков» в начале 1970-х годов. Доктор Метцль считает, что именно в этот период диагноз «шизофрения» стали диспропорционально часто ставить черным мужчинам — так среди психиатрического сообщества распространилась идея о том, что идеи и чувства, вдохновленные движением «Черные пантеры», сами по себе могут являться симптомами психических расстройств. Другими словами, объединяющая борьба за права притесненных людей — это психическая болезнь. Фармацевтические компании ухватились за эту возможность и, как показывает исследование Метцля, стали активно продвигать образ «агрессивного черного мужчины» в рекламе антипсихотических препаратов.

Такой экстремальный уровень институционального расизма, к счастью, уже не наблюдается в системе психиатрической помощи. Но сделано еще далеко не все. Одна из проблем в Великобритании связана с персоналом больниц. В упомянутом выше исследовании говорится также о том, что сегодняшние клинические психологи чаще всего — белые женщины. Они не проходят обязательной подготовки в сфере «транскультурной терапии» и не всегда имеют глубокое понимание специфических проблем дискриминации и расизма. В результате пациенты из числа этнических меньшинств реже проходят (или им просто реже предлагают) такую терапию, которая могла бы нивелировать необходимость госпитализации.

Так что мы имеем целый комплекс причин, по которым такие люди как Амит чаще удерживаются и принудительно лечатся, чем белые люди с похожими психотическими симптомами.

А теперь давайте обратим внимание на то, почему мы вообще кого-то (вне зависимости от расы

и культурной принадлежности) лечим лекарственными препаратами, а также посмотрим, как, собственно, работают антипсихотические лекарственные средства.

Для начала, полезно будет окунуться в историю. Судя по всему, 1952 год был для психиатрии поворотным. Тогда не только — как мы узнали раньше — вышло первое издание *DSM*, но также весной в больнице Святой Анны в Париже известный французский психиатр Жан Деле вместе со своим ассистентом Пьером Деникером начал вводить самым возбужденным психотическим пациентам недавно синтезированное химическое соединение — хлорпромазин. Это был второй по важности момент в истории современной психиатрии, и последствия его продолжают влиять на судьбы людей с диагнозом «шизофрения» по сей день. И, если уж на то пошло, на судьбы целого сонма людей с другими психопатологическими проблемами, вроде депрессии и тревожного расстройства.

Хлорпромазин, первый в мире так называемый антипсихотический препарат, происходит из интересной «семьи». Его родственники фенотиазины начинают свою историю в 1876 году, когда немецкий химик Генрих Каро синтезировал производное фенотиазина, чтобы использовать его в составе дешевых красителей в текстильной промышленности. Он назвал краситель «метиленовый синий»*, **. В последующие десятилетия фенотиазин и его производные служили удивительно разнообразным целям: их использовали как инсектициды, лекарства для избавления от паразитических червей и в 1949 году как анти-

*Сама краска была желтой.

** ШУТКА. Она была синей.

гистамин, впервые примененный на практике хирургом-новатором французского флота Анри Лабори.

Лабори — который очень по-французски также был философом и литератором — строил теории об антигистаминных свойствах недавно синтезированного производного фетотиазина — прометазина. Он считал, что этот препарат можно использовать для лечения пациентов с постоперационным шоком: весьма тяжелым и иногда смертельным состоянием, характеризирующимся ускорением сердечного ритма, холодным потом и резким падением артериального давления, которое, в свою очередь, вызвано чрезмерным высвобождением гистамина — реакцией на появление открытых ран. Лабори успешно опробовал прометазин во время операции и заметил, что, помимо проявления полезных качеств антигистамина, препарат также успокоил пациента — по всей видимости, у него были и обезболивающие свойства. Прометазин вызывал у пациентов то, что хирург поэтично окрестил «эйфорическим покоем»[96]. Исследователи французской фармацевтической компании *Rhône-Poulenc*, синтезировавшие прометазин, узнав об открытии Лабори, создали еще более мощный препарат — так на свет появился хлорпромазин.

Повторюсь, первыми опробовали новое лекарство хирургические пациенты. Французские хирурги с энтузиазмом докладывали о мощном анестетическом эффекте и «сумеречном состоянии», в которое погружались пациенты[97]. Тот же Анри Лабори затем выдвинул предложение о возможности использовании хлорпромазина в психиатрии, а когда Жан Деле и Пьер Деникер опробовали препарат на практике, результаты оказались ошеломляющими. Пациенты, охваченные ажитацией и страхом, внезапно стали казаться спокойными, пассивными и безмятежными.

Использование хлорпромазина быстро распространилось по больницам Европы — оттуда приходили похожие отчеты. Британский психиатр, доктор Антон Стивенс, описал действие препарата словами «сонливость» и «психическая индифферентность», что было весьма полезно для «устранения нарушений поведения»[98].

Конечно, эти признаки не стоит принимать за возвращение пациента в «нормальное состояние». Совсем нет. Вот как Деле и Деникер описывают пациентов, принявших новый препарат:

> *«Сидящий или лежащий в своей постели пациент неподвижен, часто бледен, его веки слегка опущены. Большую часть времени он молчит. Если ему задают вопрос, он отвечает с задержкой, медленно, безразличным монотонным голосом, немногословно, а затем снова замолкает. Без исключений, ответ пациента в целом разумен и уместен, что демонстрирует сохранность внимания и рефлексии. Но очень редко он берет на себя инициативу и сам задает вопрос, он не выражает никакой озабоченности, желаний или предпочтений. Пациент обычно осознает коренное улучшение, связанное с приемом препарата, но не находится в состоянии эйфории. Очевидная индифферентность или задержка реакции на внешние стимулы, эмоциональная и аффективная нейтральность, упадок инициатив-*

> *ности и заинтересованности без изменений в сознании, осведомленности и интеллектуальных способностях составляют психический синдром, вызванный таким лечением»*[99].

Мне кажется, что термин «психический синдром» очень здесь уместен. Очевидно, что Деле и Деникер пришли к заключению, что, каковы бы ни были синдромы пациентов до принятия хлорпромазина, они не излечивались, но заменялись другим — вызванным препаратом.

Нельзя сказать, что новый синдром не был предпочтительнее для многих пациентов, чем те ужасы, что они переживали до него. Я не сомневаюсь, что часто люди с радостью шли на прием препарата (хотя очень сложно найти свидетельства от первого лица, относящиеся к этому времени). Я просто хочу подчеркнуть, что выбор стоял не между «психозом» и «нормальностью», а между «психозом» и «сумеречным состоянием».

Важно также отметить, что никто не описывал хлорпромазин как антипсихотик — и не говорил о его антипсихотических свойствах — в этот начальный период его применения. Деле и Деникер называли его «нейролептиком» (от греч. «берущий, схватывающий»). Та же картина наблюдалась в Европе. В США же предпочли более прямолинейное описание: «сильный транквилизатор». Превалировало мнение (как зафиксировали американские психиатры Джоэль и Чармиан Элкес), что психотические симптомы продолжали манифестировать, но «пациенты становились тише, расслабленнее, их меньше тревожили галлюцинации и бред»[100].

И только в 1961 году хлорпромазин (к этому времени его торговыми названиями стали в Европе «Лар-

гацитил», а в США — «Торазин») впервые описали как «антипсихотическое средство» — термин, введенный канадским ученым-психиатром Хайнцем Э. Леманном, которого многие считают отцом современной психофармакологии[101]. Это новое определение набрало обороты и теперь используется повсеместно для описания хлорпромазина и последующих поколений похожих лекарственных средств. Критики психофармакологии утверждают, что это описание только вводит людей в заблуждение. Как, впрочем, и термин «антидепрессант». Мы поговорим о том, почему так происходит, чуть ниже.

То же Хайнц Леманн придумал термин «экстрапирамидный» для описания самых распространенных и изнуряющих побочных эффектов хлорпромазина. В них входят острая дискинезия и дистонические реакции, поздняя дискинезия, паркинсонизм, акинезия и акатизия.

Для многих читателей эти слова будут незнакомы. Но вам повезло — к вашим услугам лицензированный медбрат, который все прояснит.

Дискинезия — это непроизвольные ритмичные сокращения больших групп мышц. Поздняя дискинезия подразумевает такие сокращения в языке, губах и лице. Это приводит к смыканию челюстей, непроизвольным жевательным движениям и движениям губами. Дистония, в отличие от дискинезии, — это постоянное сокращение мышц, вызывающее крайнюю скованность, аномальные положения тела и сложность в совершении движении. Акатизия — тоже расстройство движения, но выражается оно в навязчивом чувстве невозможности сидеть на месте, неусидчивости. Люди с этим симптомом часто не могут сидеть спокойно, постоянно ерзают,

ходят по комнате или раскачиваются взад-вперед. Акатизия — почти полная противоположность акинезии, она характеризуется частичной или полной невозможностью двигаться. Все вместе эти симптомы называют паркинсонизмом, потому что все те же симптомы могут наблюдаться у людей с болезнью Паркинсона.

В психиатрических клиниках, где черный юмор является частью культурного ландшафта, эти симптомы известны как «ларгацитиловая трясучка» (или «торазиновая трясучка» — в США). Есть какая-то жестокая ирония в том, что симптомы, которые благодаря стереотипам ассоциируются с безумием — беспокойство, раскачивания, хождение из угла в угол и так далее, — на самом деле вызываются лекарствами.

Я также думаю, что в некоторой степени ироничен сам термин «побочные эффекты». Мне кажется, было бы честнее и правильнее говорить о желательных и нежелательных эффектах препарата. Причина кроется в том, что сказал мне как-то Джеймс (солдат). Вы можете помнить, что в его первый визит в больницу ему назначили хлорпромазин. Джеймс ужасно страдал из-за вызванных препаратом негативных эффектов и сказал мне, что они для него лично перевешивали пользу.

Я готов поспорить, что перевешивающие эффекты никак нельзя называть побочными — в этой ситуации они как раз становятся основными. И давайте также не будем забывать, что некоторые из так называемых побочных эффектов хлорпромазина — вроде сонливости и некоего полузабытья — изначально были как раз желанными и основными эффектами, тогда, когда препарат еще использовался хирургами. Заявлять сразу и то и другое кажется немного мошенническим ходом.

К лучшему или к худшему, но хлорпромазин кардинально и повсеместно изменил ландшафт психиатрического здравоохранения.

К 1964 году около 50 миллионов человек хоть раз его принимали[102]. Это было стандартное лечение шизофрении на протяжении десятилетий. В Великобритании новое лекарство сыграло значительную роль в закрытии крупных, рассчитанных на долгосрочное пребывание психиатрических клиник и расчистило путь для новой политики 1960-х и 1970-х годов: деинстуционализации и продвижению небольших клиник и общественных психиатрических служб, к которым мы привыкли сегодня.

К тому времени, как я впервые вошел в одну из таких общественных палат в конце 1990-х, применение хлорпромазина и других «антипсихотиков первого поколения» (таких как галоперидол, который мы изначально использовали как «транквилизатор» быстрого действия для беспокойных или агрессивных пациентов) уходило в прошлое. Его заменили тем, что называется «второе поколение» антипсихотических средств.

Когда эти новые препараты были разработаны, прогнозы (или, по крайней мере, маркетинговые кампании) были весьма оптимистичны. Новые медикаменты не были более эффективны в качестве «лекарств», но, казалось, вызывали куда меньше экстрапирамидных симптомов.

Все же со временем стало ясно, что они вызывают некоторые из тех же симптомов — например, позднюю дискинезию, — как и массу собственных неприятных и опасных симптомов, из которых чаще всего встречались такие: тревожность, повышенное слюноотделение, сонливость, несварение желудка, неусидчивость, запор, головокружение,

тошнота, боль в животе, сухость во рту, усталость, головная боль, бессонница, рвота и набор веса (последнее может приводить к другим проблемам со здоровьем, вроде диабета и сердечно-сосудистых заболеваний).

Мы уже упоминали некоторые из этих препаратов второго поколения. Все лекарства, которыми пытались лечить Джо (сына Клэр), принадлежали к этому типу, и именно их Клэр винит в физическом и психическом упадке в последние годы жизни Джо.

Здесь все становится сложнее, потому что если мы возьмем другую историю — например, опыт журналистки Эрики, то получим куда более позитивный отклик о тех же препаратах.

Люди с непосредственным опытом приема психиатрических лекарственных средств очень сильно разнятся во мнениях о них. Таково и наблюдение Джима Рида, который, после двадцати лет активного участия в движениях получателей услуг и «уцелевших», заключает: «На каждого человека, утверждающего, что жизнь его была разрушена препаратами, найдется кто-то, кого они спасли. Многие просто не знают: особенно если человек принимает лекарства уже много лет, он может только гадать, стала бы его жизнь лучше или хуже без препаратов»[103].

Часть меня хотела бы закончить рассуждение прямо на этом месте. Потому если вы или кто-то из ваших близких принимаете психиатрические лекарства и считаете их полезными и необходимыми, тогда они в самом деле полезны. И это прекрасно! Я не собираюсь вас переубеждать.

Точно так же, если вы принимали такие лекарства и сочли, что они вам навредили, то они действительно вам навредили. Я видел этот список «побоч-

ных эффектов» в реальной жизни. Я не собираюсь притворяться, что это нельзя назвать вредом.

В том, что касается субъективных оценок, никогда не будет консенсуса. Но что объединяет подавляющее большинство людей, которые пользуются услугами психиатрических служб — им эти лекарства предлагают. «Назначение психиатрических лекарственных препаратов до сих пор является основным ответом на большинство проблем, с которыми люди обращаются за помощью в психиатрические службы, — пишет Ясна Руссо, исследователь психического здоровья, у которой есть и собственный опыт лечения в психиатрической клинике. — В западном мире любой человек, столкнувшийся с «системой», едва ли может избежать того, чтобы ему предложили, назначили или заставили принимать «лекарства»[104].

Это утверждение отражает истину как минимум для тех людей, с которыми я разговаривал для написания этой книги. И поэтому я хочу еще немного поразмышлять над тем, что мы на сегодняшний момент знаем об этих химических веществах: как они нам помогают, как наносят вред и как формируют общественное мнение о психическом здоровье и болезнях.

Я должен предостеречь читателя, что даже базовые тезисы, от которых можно отталкиваться в ходе подобного размышления, довольно запутанны. Исследования в области психофармакологии — это что-то вроде Темных искусств. В 90 % случаев, когда испытания сравнивают два лекарства, оказывается, что предпочтение отдается препарату, разработанному компанией — спонсором исследования. Это приводит к парадоксальным заключениям: оланзапин превосходит рисперидон, рисперидон — кветиапин, *а* кветиапин — оланзапин[105]. Все это похоже на падение в одну из картин Эшера.

А еще, несмотря на то, что с открытия хлорпромазина прошло больше шестидесяти лет, мы до сих пор с уверенностью не можем объяснить, как все-таки работают «антипсихотики»*. Но нам придется с чего-то начать, так что давайте начнем с прадедушки всех психиатрических теорий: дофаминовой гипотезы.

Антипсихотические препараты использовались уже больше десятилетия, когда наконец стало ясно, что они блокируют «дофаминовые сигналы» в головном мозге. И именно из-за их успеха (по крайней мере, так это воспринималось) в лечении «шизофрении» появилось предположение, что шизофрения возникает из-за повышения уровня дофамина[106].

Сейчас уже почти не осталось тех, кто считает, что все так просто, и первые выводы дофаминовой теории по большей части отвергнуты научным сообществом. Но эту теорию часто переизобретают в том или ином виде: большинство исследователей и учёных, с которыми мне довелось говорить, уверены, что дофамин играет ключевую роль в возникновении и фармацевтическом лечении «психоза». Здесь встают некоторые вопросы. Как именно высокие уровни дофамина провоцируют психотическую симптоматику? И как…

«Тссс. Послушайте. Слышите звук?»

Я снова интервьюирую исследователя шизофрении, профессора Института психиатрии в Лондоне, Робина Мюррея. Он прервал мой вопрос о дофамине, потому что услышал странный звук у себя в кабинете.

Я тоже его слышу.

---

*Когда я здесь говорю «работают», я имею в виду то, как они оказывают желательный эффект: уменьшают дистресс, снижая интенсивность психотических симптомов.

«Шипение?» — спрашиваю я.

«Да, — он выглядит встревоженным. — Как вы думаете, что это?»

На секунду я тоже начинаю беспокоиться. Затем я понимаю, что это всего лишь кондиционер.

«Дофамин — нейромедиатор, у него есть несколько функций, — объясняет профессор Мюррей. — Если упрощать, то он связан с удовольствием. Но он играет роль и в процессах познания. Чем выше ваш уровень дофамина, тем более заметными, “выпуклыми” будут вещи вокруг вас. Если в мозгу слишком много дофамина и вы слышите подобный звук кондиционера или чего-то еще, то он будет выделяться, он покажется важным и значительным для вас».

Люди не очень хорошо умеют концентрироваться больше чем на одной вещи за раз (на самом деле, все животные не слишком в этом преуспели). Теория, соответственно, заключается в том, что дофамин играет центральную роль в направлении нашего внимания на релевантные лично для нас вещи, позволяя отфильтровать непрекращающийся поток незначительной информации. Сбой в системе может поэтому привести к тому, что любое незначительное и повседневное событие — звук кондиционера, пересекающий дорогу незнакомец, песня по радио, спор соседей снизу, заголовок в газете, движение облаков и ощущение ветра на щеках — не фильтруется сознанием, и ему придается такое же значение, как, скажем, звонку телефона у вас в кармане или пожарной сигнализации. И логично, что если все эти стимулы обладают для нас значением, то они каким-то образом должны быть о нас — так появляется либо мания (я, должно быть, важная персона), либо паранойя — (весь мир на меня ополчился).

Как же это все относится к антипсихотическим препаратам?

Что ж, как я недавно сказал, мы знаем, что один из основных эффектов таких лекарств — блокировка определенных дофаминовых рецепторов в головном мозге. Таким образом, они могут выровнять «дисбаланс значимости» и нивелировать «психотические мысли»[107].

Интуитивно эта теория кажется чрезвычайно здравой, но она не лишена недостатков. Я уже немного касался одного из них. Наркотики вроде экстази, амфетамина и кокаина вызывают настоящие фейерверки из дофамина в мозгу, но они (обычно) не заставляют нас сомневаться в собственном трезвом рассудке. Наоборот, мы чувствуем себя просто потрясающе.

Да, зависимость от психостимуляторов может со временем привести к параноидальному психозу. Но здесь кроется парадокс, потому что, если все заходит так далеко, стимуляторы к этому времени вызывают уже незначительный выброс дофамина, особенно в сравнении с волнующими взрывами первых употреблений. «Для дофаминовой гипотезы, — пишут Робин Мюррей и его коллега Пол Моррисон, — является проблемой это разделение фармакодинамики и фармакокинетики острого и хронического злоупотребления психостимуляторами»[108].

Стоит также заострить внимание читателя на том, что дофаминовая гипотеза так называемой шизофрении не существует отдельно от психологических и социальных причин, которые мы уже обсуждали.

Нам известно, к примеру, что провоцирующие стресс события в прошлом (вроде пережитого насилия или иммиграции) приводят к избыточному

синтезу дофамина. Больше того, стресс и тревога, так часто сопровождающие психотические идеи, нередко провоцируют дальнейший выброс дофамина. То же самое справедливо для других пугающих последствий психоза, например, для принудительной госпитализации[109]. Это наблюдение указывает на еще одну нестыковку дофаминовой гипотезы. Те немногочисленные твердые доказательства повышения уровня дофамина у людей с острым психозом следуют из небольших исследований, сравнивающих мозговую активность «психотиков» и «здоровых» людей. Но между этими двумя группами людей может быть и множество других отличий кроме наличия или отсутствия психоза — не будем забывать, что участники исследования с психотическими симптомами с большей вероятностью взбудоражены, тревожны, испуганы. Вполне возможно, что и другие факторы, напрямую не связанные с психозом, могут влиять на уровни дофамина[110].

Современные теории, желающие соединить прямой причинно-следственной связью уровень дофамина и так называемую шизофрению, в лучшем случае чересчур упрощают.

С другой стороны, мы совершенно точно знаем, что дофаминовая блокада, вызванная антипсихотическими препаратами, связана с описанными выше экстрапирамидальными эффектами. Это привело некоторых ученых к весьма печальной интерпретации: антипсихотики работают именно потому, что вызывают паркинсонизм — не только физические симптомы, которые можно видеть в списке «побочных эффектов», но и психопатологические симптомы болезни Паркинсона: притупление эмоций, снижение интереса, апатию[111].

«Важно понимать, — объясняет доктор Джоанна Монкриф, — что лекарства, которые мы назначаем пациентам с психопатологическими проблемами, — это изменяющие сознание субстанции. Они меняют поведение и мысли человека посредством интоксикации, они не обращают психоз вспять».

Вы помните, что мы встречались с Джоанной Монкриф, когда говорили о возможных причинах возникновения так называемой шизофрении. Она эксперт в психиатрических лекарствах, и ее беспокоит то количество заблуждений, что существует вокруг этой темы — среди широкой общественности уж точно, но также и среди профессионалов, которые выписывают препараты.

При обсуждении антидепрессантов и антипсихотиков она проводит параллель с алкоголем. «Есть такое выражение — топить горе на дне стакана, — поясняет Джоанна. — То есть мы понимаем, что наркотики и алкоголь меняют эмоциональное состояние человека. Но мы вовсе не имеем в виду, что алкоголь биохимически меняет депрессивное состояние. Мы просто отмечаем, что характерные эффекты от алкоголя внесут коррективы в то, что человек на данный момент чувствует».

Именно поэтому доктор Монкриф (и множество других специалистов) не любит термины «антидепрессант» и «антипсихотический препарат». Они утверждают, что подобные названия создают ложное впечатление, что эти лекарственные средства каким-то образом конкретно нацелены на «депрессию» или «психоз», примерно как антибиотики атакуют специфические микроорганизмы, отвечающие за развитие бактериальных инфекций. Если вы так думали, то вы ошибались.

Антипсихотики в этом отношении больше похожи на «тупое орудие» — такую аналогию предлагает

доктор Монкриф. Они подавляют целый спектр психической активности, среди которой, так уж вышло, оказались и бредовые идеи.

«Пациенты оказываются в непростом положении, — рассказывает Монкриф. — В очень-очень сложном положении, потому что такое подавление симптомов может помочь. Но цена, которую люди за это платят, часто ужасна. Это ужасные препараты. Еще печальнее, что, когда люди привыкают к ним, они забывают, насколько эти препараты ужасны. И ты думаешь*: боже мой, вы совсем уже не помните, каково это* — испытывать сильные эмоции, яркие чувства*?* Потому что именно об этом люди говорят, когда только начинают принимать лекарства. Они просто ненавидят эту эмоциональную немоту. Но потом чувства пропадают настолько, что человек уже не может сокрушаться об их отсутствии».

В одно из самых шокирующих опасений, касающихся антипсихотических лекарственных средств, чрезвычайно сложно проверить. Тут будет много технических деталей, но это важно и об этом часто не говорят в публичной среде, несмотря на то, что почти каждый из экспертов, с которыми я общался, признал, что это обоснованное беспокойство.

Речь идет о «дофаминовой гиперчувствительности». Чтобы понять, что имеется в виду, нужно сначала усвоить, что антипсихотические препараты не сокращают избыточный синтез дофамина в головном мозге. Вместо этого они блокируют один из видов дофаминовых рецепторов — он называется рецептор *D*2 — так дофамин не может оказать на него влияние. Но сейчас мы знаем, что если человек принимает «антипсихотические» препараты на протяжении долгого времени (а именно это случается с огромным коли-

чеством пациентов, которым их вообще назначают), головной мозг реагирует, отращивая больше рецепторов на месте заблокированных.

Проблемы начинаются, когда человек решает прекратить прием «лекарств», потому что дофаминовые рецепторы не только не блокируются, но множатся и открывают дофамину все дороги (отсюда и «гиперчувствительность»).

По этой причине мы можем заключить, что если уж человек начинает принимать лекарства, то ему нужно продолжать их принимать, чтобы снизить риск рецидива. Казалось бы, логично — но тут появляются новые сложности. Когда рецепторы D2 начинают множиться, антипсихотики, естественно, хуже справляются с их блокировкой. Мы знаем, что многие люди, дисциплинированно принимающие лекарства так, как им было прописано (включая тех, кто принимает все более высокие дозы для компенсации гиперчувствительности), — все равно страдают от рецидивов. Ключевой вопрос, который можно здесь задать: не делает ли прием антипсихотиков на протяжении долгого времени рецидив более вероятным, чем если бы человек никогда не принимал эти антипсихотики?

«Проблема в том, что мы никак не можем это проверить, — сетует профессор Робин Мюррей. — Тут было бы необходимо исследование, в котором одна из групп людей с психозом не получает лекарств. Но Комитет по этике никогда это не одобрит. При первом же проявлении «психоза» ты не можешь не дать им лекарств».

Решение пичкать людей лекарствами при первых признаках психоза — это отчасти результат культурного сдвига последних десятилетий.

Я вспоминаю начало свой карьеры в качестве медбрата: вне всяких сомнений, мы давали пациентам много препаратов, но если кто-то попадал в больницу впервые, принято было подождать пару недель, прежде чем назначать антипсихотики. За этой практикой стояла идея, что в безопасной и спокойной среде все может уладиться само собой.

Сейчас такого не происходит. Последовательное государственное сокращение финансирования означает, что сегодня людям необходимо быть в куда более плачевном положении, чтобы им предложили койку в больнице. Еще одно последствие — людей выписывают из больниц гораздо раньше, часто — до завершения значимого восстановления[112]. Давление на больницу в плане скоростей оборота пациентов так высоко, что часто просто нет времени на то, чтобы подождать и посмотреть. «Если тебе нужно поскорее выписывать пациентов, то что ты можешь сделать? — вопрошает доктор Джоанна Монкриф. — Приходится кормить людей лекарствами через “не могу”. Это единственный вариант. Так и происходит».

Подобные физические ограничения подкрепляются теориями о том, что чем дольше не лечить (медикаментами) «психоз», тем хуже может быть исход.

Отчасти за этим утверждением стоят отсылки к дискредитированному взгляду на шизофрению как на дегенеративную болезнь мозга. Эта теория пользуется доказательствами в виде МРТ-снимков, на которых видно, что живущие много лет с диагнозом «шизофрения» люди страдают от сокращения объема коры головного мозга (буквально от уменьшения количества серого вещества). Из этого заключают, что шизофрения вызывает прогрессирующую атрофию мозга.

Но конечно же, люди, снимки мозга которых здесь изучались, не только были диагностированными шизофрениками, они еще и по многу лет принимали антипсихотические препараты.

Один из самых противоречивых и горько-ироничных фактов, о которых мы говорили в этой книге, заключается в том, что теперь мы знаем (отчасти благодаря исследованиям на приматах, где макакам на протяжении долгого времени давали антипсихотики как первого, так и второго поколения), что сокращение тканей мозга — это следствие не шизофрении, а лекарственных средств, которыми мы ее лечим[113].

Несмотря на эти опасения, убеждение, что прогноз становится тем хуже, чем дольше психоз не лечить, стало движущей силой в основании «Центров раннего вмешательства при психозе» в Америке, Канаде, Австралии и большей части Европы с начала века[114]. В Великобритании это убеждение также сформировало направление клинических практик (известное как рекомендации *NICE**), которое настаивает на том, чтобы взрослые люди с первым психическим эпизодом начинали раннее лечение (в течение двух недель после обращения)[115].

Позвольте пояснить, я не собираюсь критиковать эти рекомендации. Если бы кто-то из моих родных терял связь с реальностью, я бы хотел, чтобы у них была возможность посетить специалиста как можно раньше, потому что я, без сомнения, был бы напуган до чертиков.

Из личного опыта общения с командами «раннего вмешательства» я также знаю, что они не следуют

---

*Национальный институт здоровья и усовершенствования лечения (*National Institute for Health and Care Excellence; NICE*) является одним из органов департамента здравоохранения Великобритании. — *Прим. перев.*

принципу «в любой непонятной ситуации — тянись к медицинскому шкафчику». Напротив, лечение, которое они предлагают, включает растущее количество разговорных терапий. Но все же нужно сказать, что эти команды работают под большим давлением. Они обязаны назначить пациентам лечение в как можно более сжатые сроки, а самый быстрый и простой способ это сделать — выписать рецепт.

«Затем есть еще этот неподтвержденный консенсус о том, что люди должны продолжать принимать препараты, чтобы избежать рецидива, — продолжает Монкриф. — Хотя если вы посмотрите на испытания антипсихотиков, то там даже нет четкого определения понятия “рецидив”. Чаще всего они смотрят на довольно небольшое увеличение интенсивности проявлений психотической симптоматики, которое логичнее было бы обозначить как “незначительное колебание симптомов”. Критически важно понять, не повышаем ли мы вероятность рецидива, назначая медикаменты на длительный период времени. И я думаю, что вполне вероятен сценарий, в котором мы усложняем жизнь людям, которые без химического вмешательства пережили бы всего несколько психотических эпизодов».

———

Несмотря на все перечисленные потенциальные опасности и ограничения так называемых антипсихотических препаратов, я остаюсь при своем убеждении, что множеству людей они, безусловно, помогают.

Когда я работал медбратом в психиатрической больнице, я стал свидетелем того, как жизнь небольшой группы пациентов изменилась к лучшему благодаря лекарствам. Иногда в течение считаных дней

я наблюдал, как человек возвращается из мрачных и далеких мест, где он бродил, потерянный. Видел облегчение в их глазах, когда мир преображался и обретал прежние формы. Видел их спасение.

Я не романтизирую.

Я видел это.

С Амитом, правда, я видел совсем не это.

«Мне придется умолять вас?» — спросил он, когда мы вошли в его палату.

Даже если бы он стал умолять, это ничего не изменило бы. Решение было принято. Когда я вводил иглу шприца в вену, мне тяжело было унять дрожь в руках. Меня продолжало трясти, когда я отнес иглу и шприц на пост, избавился от них, поставил свои инициалы на медкарте.

Я был главным медбратом в ту смену и решил поместить Амита под «пристальное наблюдение» — это значит, что каждые пятнадцать минут к нему в палату заходил кто-то из персонала, чтобы убедиться, что все хорошо. Я много раз сам проделал путь по коридору к его комнате, чтобы поднять шторку на двери и заглянуть внутрь.

Амит провел день, лежа на кровати лицом в матрас, всхлипывая.

Для меня совершенно ясно, что врачам и другим специалистам изначально нужно быть гораздо, гораздо осторожнее, прописывая людям подобные препараты. Для меня ясно также, что прав один из интервьюированных мной ученых, когда говорит о «зияющей дыре вместо доказательств того, когда действительно нужно прекратить их назначать».

Это имеет смысл. Самые масштабные исследования «антипсихотиков» часто спонсируются их произ-

водителями. Неудивительно, что акцент в них делается на то, когда пациенты должны начинать их принимать, а не на прекращении приема. Может быть, специалистам стоит помогать пациентам безопасно избавляться от лекарств гораздо раньше, чем предполагают распространенные сегодня практики.

Естественно, некоторые пациенты действительно нуждаются в долгосрочном приеме лекарственных средств, если препараты подавляют то, что иначе было бы непрекращающимся кошмаром (и не будем даже лезть в болезненную тему, касающуюся людей, которые выбирают принимать лекарства, чтобы жизнь их близких не превратилась в кошмар). При этом даже в таких случаях нам необходимо точно знать, что представляют собой «антипсихотики» — токсичные субстанции, по сути своей — и каковы ограничения и потенциальные риски, ассоциированные с их долгосрочным приемом.

Среди самых серьезных ошибок, которые может допустить специалист — предположение, что его приоритеты совпадают с приоритетами пациента. Для некоторых людей испытывать симптомы так называемой шизофрении может оказаться куда предпочтительнее, чем испытывать эффекты (желательные и нежелательные) лекарственных средств.

А теперь давайте обсудим феномен, с которым каждый из нас знаком (в той или иной степени) не понаслышке: галлюцинации.

И познакомимся с психиатрическим медбратом, который слышит голоса.

ХРАНИТЕЛИ КЛЮЧЕЙ, ОСТАЛЬНЫЕ И ГОЛОСА

«Я помню, когда мне было шесть, папа, огромный и вездесущий в своей армейской форме, заказал мне первый номер “Удивительного Человека-Паука”. Помню это возбуждение каждую неделю, когда клацала задвижка почтового ящика, и на коврик в прихожей с глухим звуком падал конверт — новый выпуск. Связь. Защита. Папа дал мне свою гарнитуру из вертолета однажды. Я сломал ее, пока играл: притворялся, что я — это он. Отец выглядел разочарованным, но не сердитым. Это чувство, чувство разочарования, я взял и заполнил им дыру его отсутствия. Это чувство пронизывает и душит мои воспоминания, оно подавляет, сжимает, расплющивает меня даже сейчас».*

Меня совершенно не удивляет, что Джаспер описывает врача, который лечил его 20 лет назад, как

*Эта и последующие цитаты взяты или личных записок респондента.

«совершеннейшего душку». За то время, что я провел с Джаспером, стало ясно, что он в каждом находит что-то хорошее. Если он и прилагает к этому какие-то усилия, то это совершенно незаметно. В его глазах люди по природе своей хороши и достойны, и мне приходит в голову, что такой взгляд очень полезен в его работе. Джаспер — старший медбрат, он работает с людьми, чьи психотические эпизоды ставят под угрозу жизнь и здоровье их самих или окружающих.

«Он был чудесный, — говорит Джеймс мне приглушенным, почти почтительным тоном. — В нем было что-то от хиппи. Он носил гавайские рубахи. И он никогда не говорил со мной о диагнозе. На меня так и не налепили этот ярлык, никогда. И я никогда не пил таблетки. Я не говорю, что они не принесли бы мне пользы. Но моя история восстановления обошлась без них».

Новый доктор, новый день, легко увидеть, как история могла повернуть в другую сторону. Легко представить, что Джасперу могли поставить диагноз «шизофрения».

Со своим лечащим врачом он обсуждал назначения, связанные с психиатрическим обследованием. Джаспер не слишком хорошо помнит тот период своей жизни, и это неудивительно. У него развилась сильная паранойя, когда он выходил из подросткового возраста и разменивал третий десяток. Родители Джаспера жили за океаном, он был одинок, едва сводил концы с концами.

Его отец служил в вооруженных силах, и детство Джаспера прошло на различных военных базах. Это значило, что у него не было друзей и какой-либо реальной поддержки в этой части страны. Чтобы платить по счетам и содержать в порядке семейный дом,

он работал сменами на мясокомбинате и грузчиком в доках. После смен он возвращался домой. «Дом был просто огромный, — вспоминает Джаспер. — Массивная викторианская штука. Почти полторы тысячи квадратных метров садов». Он трясет головой, предугадывая мои мысли: «Звучит как будто я в золоте купался, наверное. У меня и бассейн на заднем дворе был. Но это все было заброшено и потрепано. Разваливалось на части. Я спал в старой комнате родителей, моя односпальная кровать стояла в самом углу. Больше в комнате ничего и не было, я просто сидел в углу, смотрел в пустое холодное пространство. И у меня были эти жуткие головные боли, как будто череп сейчас надвое расколется».

Джаспер старался не смотреть в окно, потому что мог услышать, как соседи говорят о нем, пересказывают друг другу слухи. Он улавливал отрывки бесед и заполнял пробелы своими худшими страхами. Шептуны — так он называет их сейчас, чтобы как-то обозначить и объяснить, отчасти для себя, отчасти для окружающих. В то время у них не было имени, а у Джаспера не было причин думать, что они ненастоящие.

Хотя, пожалуй, «думать» — не совсем то слово. У него не было причин чувствовать, что они ненастоящие.

«Я довольно рациональный человек, — говорит Джаспер. — И я раньше часто задавался вопросом о том, почему я не применял к этим голосам обычную для меня логику. Почему я не понял, что совершенно невозможно услышать разговоры людей в соседнем здании? Для себя в итоге я нашел объяснение в том, что эти переживания лежали в эмоциональном поле, а не во владениях логики. Ты переживаешь это, но разум тут, в общем-то, ни при чем».

Эмоциональные и (тогда еще) не подлежащие сомнению отношения Джаспера с голосами начинают обретать смысл, если посмотреть на контекст, в котором они впервые появились.

Ему было шесть.

«Заблуждение, бытующее среди многих специалистов по психическому здоровью, состоит в том, что первый голос в твоей голове должен быть большим событием, кардинальной переменой — но это не всегда так, — объясняет Джаспер. — Для некоторых людей это справедливо. Но со мной было не так. Я просто не подумал об этом, как о чем-то особенном. Дети часто просто принимают то, что с ними происходит, разве нет? Я не предположил, что это ненормально, необычно».

Голос принадлежал Человеку-Пауку. Или, если быть точным, Питеру Паркеру. Рассказывая об этом, Джаспер колеблется и смотрит в сторону. Ему почти пятьдесят, у него жена, трое детей и важная работа. Мы разговариваем у него дома, Джаспер с женой сделали здесь ремонт, вложив в это много сил и любви. Короче говоря: он взрослый человек. Он чувствует смущение, когда говорит с другим взрослым человеком о глубокой эмоциональной связи с персонажем комиксов.

«У меня были и другие друзья, — уверяет меня Джаспер. — Но мы часто переезжали. Дружба на военной базе — это всегда что-то временное. Ты быстро заводишь знакомства, которые так же быстро заканчиваются. А Питер Паркер всегда был рядом. Он был старше, и я как бы хотел стать таким, как он. И я правда втянулся в эту концепцию “паучьего чутья”. Я не могу вспомнить точно, когда это началось, но был один примечательный случай, на вечеринке в мой день рождения. Мне исполнялось

шесть или семь, и была одна девочка, она мне нравилась — я попросил маму ее пригласить. Я помню, как сидел на лестнице и ждал. И тут включилось чутье: она не придет, не придет. И она правда так и не появилась. Это одно из самых ясных воспоминаний. Все было так давно».

Хотя Джаспер описывает этот случай, используя слово «голос», я замечаю, что это больше похоже на чувство или инстинкт. Может, внезапная непрошеная мысль? Интуиция? Как точнее описать?

«У меня было чувство, как будто рядом что-то есть, что-то не такое осязаемое, как другие вещи, — объясняет Джаспер. — Сначала это было ощущение присутствия друга. Кого-то или чего-то, что было способно предложить поддержку и компанию. Было бы неправильно описывать это как мыслительный процесс, мне кажется, но в любом случае это было не слишком внятно».

Но в голосе, который появился через несколько лет, когда Джасперу было девять, не было ничего невнятного.

Его отца посылали за границу. Мама решила, что поедет с ним. Джаспера же оставили в Великобритании, отправив в школу-интернат. Он помнит семейные обсуждения на эту тему и то, как ему хотелось, чтобы мама с папой не переживали за него. «Я знал, что родителям нужно, чтобы я был доволен решением, чтобы я хотел пойти в ту школу. Так что я сказал им именно это».

В день, когда Джаспера привезли в интернат, кому-то из персонала пришлось физически его удерживать. Его мама тоже лила слезы ручьями. В ту ночь Джаспер впервые спал в общежитии с другими школьниками. Он описывает пижаму, которую сшила ему бабушка. Бабушку, талантливую швею, он

обожал больше всех на свете. Джаспер припоминает, что она потеряла кончики пальцев при несчастном случае на фабрике. «Она могла одной рукой вышивать, — рассказывает он. — Она была просто потрясающая».

Это отступление мы сделали не без причины.

Стояло раннее утро, шла первая неделя в интернате. Джаспер уже проснулся и лежал в кровати, все еще слегка огорошенный своей новой жизнью в незнакомом пока мире.

«Пора вставать», — сказала она.

Он знал, что это не могла быть бабушка, но в то же время это был ее голос. И когда она заговорила — знакомым, любящим, сочувственным тоном, — это пробудило в Джаспере чувства, которые он всегда испытывал в ее присутствии: уверенность, что он любим, что кто-то за ним присматривает, что он не одинок.

В последующие годы она продолжила с ним говорить. Всегда нежно, всегда с добротой.

Рассказывал ли он кому-то?

«Нет, никогда. Честно говоря, мне это даже в голову не приходило. Для меня это не было чем-то особенным или необычным. Не было причины об этом распространяться».

Я предполагаю, что он бы поделился с кем-то, если бы думал, что другие люди тоже слышат голоса.

Мы оба психиатрические медбратья, так что он совершенно точно знает, к чему я клоню. Он понимает, что неожиданно стал объектом психиатрического обследования.

«Если уж хотите прижать меня к стенке, то да, я знал, что это внутри меня, — говорит он. — На сто процентов уверен. Я знал, что она в моей голове и что никто больше ее не слышит. Но когда появились

внешние, шептуны, про них я тоже никому не сказал. Потому что к тому времени я полностью был в это погружен».

В какой-то момент для Джаспера все поменялось. Голоса превратились из источник утешения, из компаньонов и заботливых товарищей в нечто бесконечно тревожащее: эти голоса просачивались в открытые окна, через щели в стенах — и они его ненавидели.

Эта перемена, как я выяснил, случилась после конкретного события в юности Джаспера. Это было в старшей школе. Джаспер рассказывает мне кое-что. Но он не хочет, чтобы это появилось в книге. Причина — уважение и вежливость по отношению к другим людям. Логично. Что важно, так это чувства, которые испытал Джаспер. Стыд и сожаление. Чувство потерянного будущего, которое он не сможет исправить или искупить. Я говорю Джасперу, что это не его вина. Потому что это правда. Тут не должно быть распределения ответственности. Такие вещи случаются.

«Да, логикой тут тоже ничего не исправить, это не даст мне почувствовать себя лучше», — отвечает он.

Так уж получилось, что я с ним не согласен. Я думаю, контекст очень важен. Но, как и множество хороших людей, Джаспер приберегает самую жесткую критику для себя.

> *Сначала это были голоса знакомых, обрывки разговоров на другом конце коридора, за дверью, на кухне дома, мимо которого я проходил. Потом появились и голоса незнакомцев: офисных работников, которых видно в окно, людей в поезде позади*

меня или в конце состава, прохожих на улице — все они смеялись над моей паранойей, играли на моей самооценке, рушили ту веру в себя, что еще оставалась.

Следующие пять лет, в которые Джаспер получил диплом историка и правозащитника, шептуны всегда были где-то рядом. Но он слышал их не постоянно.

Джаспер говорит об этом, сравнивая с чашами весов: на одной стабилизирующие факторы, на другой — дестабилизирующие. Хотя университет, конечно, не дался совсем уж просто, но там Джаспер нашел дружную компанию. Так что жизнь была плюс-минус стабильна, а голоса становились тише и спокойнее.

Только несколько лет спустя после выпуска, когда он жил один в ветхом родительском доме, одна из чаш стала слишком тяжелой.

Я уже упоминал, что у Джаспера не было друзей в этой части страны, но у него был кое-кто другой. Бабушка. Настоящая. Она жила совсем близко. Джаспер хотел быть к ней поближе. Но и это было непросто, потому что к этому времени у нее проявилась болезнь Альцгеймера. Они играли в карты. «Она была такой картежницей раньше, — рассказывает мне Джаспер. — На Рождество она всю семью оставляла без штанов! А сейчас стала забывать правила, запоминала только к третей-четвертой партии. Родители были за океаном. Я растерял связь с друзьями из школы и университета, а теперь в некотором смысле терял и свою бабушку. Все навалилось одновременно. И тут это началось, по-настоящему началось».

В худшие периоды шептуны не останавливались ни на минуту, это было вещание 24/7. Я помню: мне было чуть больше двадцати, я шаркал туда-сюда по территории дома, слышал шептунов из каждой кухни, каждой гостиной. Они уничтожали меня.

У Джаспера начались мигрени. Он заперся дома, перестал ухаживать за собой. «Я не мог даже дойти до ближайшего магазина, — рассказывает он, — боялся выйти на улицу».

Однажды утром Джаспер лежал в постели, боясь с нее подняться. И так же, как происходило сотни раз до этого, голос бабушки заговорил с ним. «Но это было не так, как раньше, — поясняет он. — Гораздо, гораздо громче. Как будто кто-то выкрутил звук на максимум. Я не знаю, нужно ли ей было говорить громче или просто быть услышанной».

Хотя уровень звука поменялся, это был все тот же заботливый голос. Кто-то присматривал за Джаспером. И снова голос сказал, что ему пора вставать. Пора.

Почти сразу Джаспер записался к врачу, чтобы вылечить мигрени. Тут и появляется наш старый знакомый в гавайской рубахе. Джаспер не слишком хорошо помнит первый свой визит, но мы можем предположить, что врач понял: проблемы Джаспера не только в мигренях. Он направил Джаспера на психиатрическое обследование в клинику ментального здоровья.

Знакомство со службами охраны психического здоровья прошло не слишком приятно. «В то вре-

мя я понятия не имел, что существует эта огромная индустрия, целая сфера здравоохранения, которая берет определенный человеческий опыт и называет его болезнью. Даже тогда мне показалось, что это не очень правильно».

Я говорил, что Джаспер склонен замечать в людях лучшее. По правде говоря, он не может найти добрых слов о «стероидном Голиафе в облике медицинского брата», который проводил первый осмотр. Джаспер вспоминает холодные, агрессивные и несвязные вопросы.

Он вспоминает собственную паранойю: он отвечал коротко, старался не болтать лишнего. Он хотел сказать, что запутался, но боялся показаться уязвимым. Он не рассказал о камерах, которые видел по углам, о своей вере в то, что за ним всегда наблюдают. Не рассказал о мимолетных эпизодах, когда он считал себя Джимом Моррисоном, или самим Богом, или агентом под прикрытием. Не рассказал о той лекции в университете, когда он думал что может изменить ход мысли профессора собственным взглядом.

О чем бы он ни умолчал, но в результате визита на стол врачу легла справка, в которой говорилось о стандартных признаках психоза и паранойи.

Примерно неделю спустя Джаспер снова сидел в кабинете «гавайского» доктора — они вместе просматривали результаты психиатрической оценки. Врач зачитал Джасперу заключение, затем сказал: «Ну, нам это не нужно, как вы полагаете?» Он положил лист бумаги в ящик. Это заключение так и не появилось в медицинской карте Джеймса.

«Он был просто потрясающий, этот доктор, — говорит Джаспер. — Оглядываясь сейчас назад, я думаю, что у него у самого могли быть какие-то пси-

хопатологические проблемы, и он просто не хотел, чтобы меня засосала система».

Новый день, новая история.

Джаспера отправили в клинику психического здоровья еще на несколько амбулаторных приемов. Каждую неделю к нему приходил медбрат, которого сегодня он описывает как пример для профессионального подражания.

Я спрашиваю Джаспера, о чем они с ним говорили?

«Я смутно помню, как мы с ним разбирали концепцию и смысл паранойи. Но я лучше помню не содержание наших бесед, а чувство комфорта, безопасности. Я понимал, что ему можно довериться. Я не чувствовал себя обязанным рассказывать что-то конкретное, но я мог, если сам этого хотел».

Джаспер познакомился и с другим медбратом, специализирующимся на психиатрии. «Мы много времени проводили просто молча, — вспоминает он. — Звучит странно. Но мне это пошло на пользу, потому что я научился обдумывать всякое в присутствии другого человека, не нуждаясь при этом в вербализации».

Эффективность психотерапии в лечении психоза сейчас горячо обсуждается. Много слов я посвятил идеологическому расколу между защитниками «биологического» или «биохимического» взгляда на тяжёлые психические расстройства и его яростными критиками. Мало где этот раскол обозначен так рельефно, как в споре о «разговорных» терапиях.

У Джаспера есть свое мнение, основанное на его опубликованном и продолжающемся исследовании,

сосредоточенном на некоторых из самых сложных пациентов в стране.

«Когнитивно-поведенческая терапия — это не панацея для психоза, — начинает он. — Но она, несомненно, помогает. Неверно сравнивать ее результаты с эффектами медикаментов, потому что они делают совершенно разные вещи. КПТ — это не квазинейролептик. Если бы будете тестировать ее, просто смотря на то, уменьшились ли психотические симптомы — а именно так тестируют обычно лекарства — тогда вы смотрите не в ту сторону, у КПТ другая задача».

В чем же она состоит?

«По сути, профиль симптомов может вообще не поменяться. КПТ не избавляет от симптомов. Вообще-то, даже частота их иногда не снижается. Но что меняется, так это отношение человека к симптомам. Если он слышит враждебные голоса, то он их больше не боится. Он становится сильнее голосов. И это огромный прогресс. Представьте, что вас травят в школе и вы чувствуете себя просто ужасно по этому и другим поводам. Но я могу помочь вам изменить свой взгляд на хулигана. Увидеть, что он не может вас задеть, поменять вашу жизнь, не может негативно влиять на вас. Хулиган никуда не денется. Он будет делать все то же самое, но вас больше это не потревожит. Вы лучше защищены. Именно так работает КПТ. Так что ее польза зависит от того, с какой стороны смотреть. Если вы смотрите с перспективы классической медицины, которая ищет улучшения симптомов — того, чего самой ей часто не удается, — тогда да, КПТ бесполезна. Но если смотреть на снижение депрессии, повышение качества жизни, изменение отношений с собственными переживаниями — тогда она весьма эффективна».

Так считает Джаспер. Я склоняюсь к тому, чтобы доверять его оценке, не в последнюю очередь потому, что она сформирована работой на самом острие психиатрии с людьми в тяжелейшем ментальном состоянии.

Путь Джаспера от человека, чья жизнь разрушена голосами в голове, до старшего медбрата, помогающего людям с похожими проблемами, был, конечно, тернист и долог.

«Мне кажется, что одна из причин, по которой я пошел в эту профессию, — я хотел узнать, что стояло за теми вопросами, что задавал мне медбрат в тот, первый раз, — объясняет Джаспер. — Это был вроде как способ понять систему, понять, доверяю ли я ей, согласен ли. Потому что на первом приеме я совершенно не представлял, что происходит».

Как мне самому и множеству других медицинских работников, Джасперу довелось работать в разных условиях. Так получилось, что его карьера строилась в тех местах, что наименее благосклонно были настроены к переменам. Судебно-психиатрические учреждения часто воспринимаются как последний оплот решительного и однозначного биологического подхода. Неудивительно, что десять лет назад, когда Джаспер впервые заикнулся о пациентоориентированной группе поддержки для людей, слышащих голоса*, ответом ему было гробовое молчание. Мы такого здесь не делаем.

---

*Идея, вдохновленная опытом организации *Hearing Voices Network* (*HVN*), Сообществом слышащих голоса, — международной сети групп самопомощи для людей со слуховыми галлюцинациями. Организация не проповедует антипсихиатрию, но относится критически ко многим аспектам традиционной психиатрии: старается уделять больше внимание содержанию (а не просто наличию) галлюцинаций, принимая объяснения каждого участника относительно причин и значения их опыта.

Прошло семь лет, прежде чем такая все-таки появилась. Сегодня у группы, организованной Джаспером, есть несколько наград за «инновационный подход». «Мы хотим, чтобы люди чувствовали себя менее изолированными и могли открыто говорить о голосах, — поясняет Джаспер. — Это значит, что они с меньшей вероятностью попадут под контроль голосов, в частности тех, что говорят им причинить вред себе или другим людям».

После согласования с членами группы и охраной Джаспер приглашает меня на одно из собраний.

Я расскажу вам о группе, но сначала мне хотелось бы потратить минуту, чтобы вы вспомнили, когда последний раз видели галлюцинации.

Может, когда читали предыдущее предложение — если ваш мозг успешно проигнорировал повтор частицы «бы». Или когда вам показалось, что мобильный звонит в кармане, а оказывалось, что никакого звонка не было.

Я думаю, у многих читателей есть личный опыт и с более «выраженным» типом галлюцинаций, вроде тех, что описывал Джаспер и другие. Но тем, кому такой опыт неведом, я хотел бы сейчас объяснить, что абсолютно все люди галлюцинируют. Больше того, некоторые из самых интересных и прорывных исследований галлюцинаций и внутренних голосов предполагают, что не только все люди галлюцинируют, они еще и делают это часто.

«Почти любое восприятие — это контролируемые галлюцинации», — объясняет доктор Филип Корлет из Йельской школы медицины. Доктор Корлет широко известен как первопроходец в сфере неврологии галлюцинаций. «Касательно восприятия существует

широко распространенное заблуждение, — продолжает он. — Оно состоит в том, что мы якобы просто шатаемся по миру, пассивно регистрируя информацию, вроде как видеокамера. На самом же деле — и мы узнали об этом уже давно — восприятие является куда более синтетическим и креативным процессом. Наш мозг — творец, он постоянно предсказывает будущее, основываясь на предыдущем опыте. То, что мы видим и слышим, формируется не только информацией, поступающей от органов чувств, но еще и нашими ожиданиями».

Один из типичных примеров — то, как мозг заполняет слепые зоны, которые есть в нашем поле зрения. В месте, где зрительный нерв соединяется с задней частью сетчатки, нет палочек и колбочек, которые воспринимают свет. Поэтому появляется слепое пятно. Пока вы читаете эту книгу, часть своего поля зрения вы вовсе не регистрируете глазами. Вы его не видите. Оно генерируется на основе того, что ваш мозг ожидает там увидеть. И если мы определим галлюцинации как восприятие без внешнего стимула (а их сложно определить как-то иначе), тогда вы прямо сейчас наблюдаете маленькую полезную галлюцинацию.

Но это не все. Мозг очень часто сам генерирует информацию, которую мы воспринимаем как поступившую от органов чувств. Это часть механизма самосохранения.

Доктор Филип Корлет приводит пример, очень похожий на тот, что уже появлялся на страницах этой книги, когда мы говорили о бредовых идеях. Представьте, что вы идете в одиночестве по темной аллее поздно ночью. Вы чувствуете себя неуютно, возможно, даже боитесь. Если вы слышите непонятный звук за спиной, то ваш мозг может идентифици-

ровать его — по крайней мере, в первые секунды — как шаги.

«Это очень эффективное решение для неясных внешних стимулов, — поясняет Корлет. — Когда вы не можете быть уверены, полезно бывает заполнять пробелы в знании предположениями. Вполне понятно, что заполнение этого пробела угрожающим предположением для нас полезно, потому что лучше среагировать на ложную тревогу, чем пропустить сигнал, который окажется критичным для выживания. Возможно, шизофрения и психоз — цена, которую мы платим за использование этой стратегии. Способность галлюцинировать — чрезвычайно полезна, если не перебарщивать».

Это объяснение имеет смысл в контексте неправильно интерпретированного звука или неожиданного движения теней в кустах. Но это, кажется, отличается очень сильно от голосов в голове, которые говорят связными предложениями.

«Один из взглядов на нейроанатомию восприятия и познания предполагает, что существует иерархия обработки, которая становится все более абстрактной с уходом от изначального стимула», — просвещает меня Корлет.

Звучит сложновато (для меня, по крайней мере), но, по сути, это значит, что внутри наших сенсорных систем — зрения, слуха, обоняния и остальных — существует много слоев активности мозга.

Например, в визуальной системе, когда мы движемся через эти слои, разные клетки будут отвечать за определенные визуальные свойства: вспышки света становятся силуэтами, которые становятся объектами, которые становятся полностью реализованным визуальным восприятием. Так работает на практике иерархия обработки.

«Все становится еще интереснее, когда мы доходим до части мозга, которая называется латеральной экстрастриарной корой, — продолжает Корлет. — Здесь находится верхушка визуальной иерархии. Здесь начинаются когнитивные процессы. Они помогают интерпретировать визуальные стимулы, информацию, собранную другими органами чувств, огромное количество ощущений, включая ваше ощущение себя. Если спросите меня, то я скажу, что смысл живет именно здесь».

Принципиально, что движение информации по этой пирамиде не одностороннее. Оно идет не от сенсорного аппарата к процессу осознания, а скорее то в одну, то в другую сторону — так высшие области мозга будто «спускают на места» свои указания.

Таким образом, мы можем думать о более сложных галлюцинациях (таких как голоса, говорящие связными предложениями, и ужасающие образы, которые никто другой не видит) как о результате дисбаланса в этой системе: когда высшие когнитивные процессы (исходя их существующих представлений о мире и нашем месте в нем) оказывают преувеличенное влияние на базовые процессы восприятия (те, что занимаются превращением света в объемы и тому подобным).

Теория состоит в том, что если этот дисбаланс становится выраженным, то мы буквально можем увидеть то, о чем думаем — а мысли наши часто заняты насущными нуждами или худшими страхами.

Это убедительная гипотеза, которая к тому же может помочь зарыть топор войны между биомедицинским и травма-информированным объяснением «психоза».

Каким образом?

Что ж, если верить Филипу Корлету, то наши убеждения и перцептивные заключения могут быть очень, очень чувствительны к степени неопределенности и неясности в мире, нас окружающем. «Когда перцептивная неопределенность выше, — поясняет он, — когда в системе больше шума, нам приходится больше опираться на уже существующие убеждения, чтобы разрешить эту неопределенность. Потому в конечном итоге все модели «психоза» (а также тревожности и ПТСР) сводятся к тому, что мы как организмы просто терпеть не можем любую неопределенность в отношении нашего будущего. Поэтому мы готовы на все — в том числе пережить ужасные симптомы, — чтобы избавиться от этой неопределенности. Галлюцинации и бред — это сказки, которые мы рассказываем себе, чтобы иметь возможность предсказать свое будущее».

Корлет стремится подчеркнуть, что травма — не необходимое условие для появления галлюцинаций, но эта теория тем не менее связана с наблюдаемым высоким количеством переживших травму людей среди психотических пациентов. «Если ваша модель мира в период бурного развития состояла в том, что вы не можете положиться даже на собственных родителей, что вам не на кого положиться, — приводит он пример, — это прямая дорога к огромному количеству неопределенности касательно других людей и ситуаций».

Конечно, если эта «теория предсказания» верна, то мы ожидаем, что люди будут галлюцинировать куда реже в периоды снижения уровня стресса и увеличения стабильности. И именно это мы раз за разом слышим из уст пациентов.

«Если у вас есть возможность каким-то образом уменьшить неопределенность — это часто помогает, — рассказывает Корлет. — Пациенты, слышащие голоса, часто говорят, что им помогает музыка. Суть не только в том, что ты отвлекаешься на другой аудиальный стимул, а в том, что музыка предоставляет упорядоченную структуру — в ней остается меньше места неопределенности, которая могла бы повлиять на восприятие реальности. Спокойная, предсказуемая обстановка, которая убирает неясность — и так снижает потребность полагаться на убеждения, — вероятно, может помочь людям реже слышать голоса. То же можно сказать и про бредовые идеи»[116].

Уже смеркается, когда мы с Джаспером подходим к больнице и глядим на высокий забор по периметру. Я отмечаю то же сдавливающие чувство где-то в груди, что посещало меня два десятилетия назад, когда я впервые входил в психиатрическую палату.

Но когда мы оказываемся внутри, в светлом и просторном фойе, я с облегчением понимаю, что это все же больница, а не тюрьма. Просто больница с заметно усиленной охраной.

Джаспер ведет меня по коридорам, в стенах отражается эхо наших шагов. Мы преодолеваем череду запертых дверей. Я очень остро ощущаю, что у него есть ключи, а у меня, посетителя, — нет. Мне не то чтобы страшно, нет. Но мое внимание и инстинкты, без сомнения, приходят в боевую готовность. В голове мелькает мысль о том, что пациенты наверняка чувствуют то же самое.

Собрание людей, слышащих голоса, проходит в большой, хорошо освещенной комнате. Мы

ждем, пока всех пациентов приведут из их палат, каждого представляют мне. Конечно же, они знали, что я здесь буду. На самом деле многие из них читали мой роман для больничного книжного клуба задолго до того, как я познакомился с Джаспером. Так что за мной закреплен почетный статус приглашенного автора. К счастью, расшаркивания длятся недолго. Я чувствую облегчение, когда один из мужчин разряжает обстановку анекдотом про пациента, психиатра, пищевую пленку и тестикулы. Пожалуй, не стоит приводить его здесь. Но это отличный анекдот.

Как только мы рассаживаемся за столом — Джаспер, я, еще один медбрат и примерно восемь пациентов — собрание начинается. Мы идем по кругу: люди представляются и рассказывают вкратце о голосах, которые влияли на их жизнь с момента предыдущей встречи. Очередь доходит до Джаспера, и он делает то же самое. Дело в том, что Джаспер по сей день слышит голоса.

Когда Джаспер впервые открылся группе насчет собственного опыта слуховых галлюцинаций, это было большое событие. Они встречались каждые пару месяцев уже около двух лет, когда Джаспер наконец признался. Он долго и мучительно размышлял, стоит ли так поступать.

В профессиональном сообществе часто возникают споры о том, какую персональную информацию можно или нельзя раскрывать перед пациентом. Я подозреваю, что в сфере судебно-психиатрической медицины эти споры ожесточенны как нигде. «Предполагается, что мы должны поддерживать их, а не наоборот, — сказал мне Джаспер, когда мы впервые затронули эту тему. — Это не их забота — помогать мне».

В то же время все те первые два года Джаспер не мог избавиться от ощущения, что ему стоит поделиться своей историей, что это будет полезно другим участникам. После месяцев раздумий и после получения надлежащих разрешений он все же принял решение открыться пациентам.

«Мы говорили по кругу, рассказывали новости, — вспоминает он, — очередь дошла до меня. И я сказал: чувствую себя немного обманщиком, парни. И рассказал всю свою историю. А потом я дал пару примеров голосов, что я слышал в последние недели, прямо как они. Я выложил все, и все молчали, и я подумал: боже мой, теперь уже назад не повернешь».

Как бы уязвимо и испугано не чувствовал себя Джаспер в эти секунды, его решение оказалось абсолютно правильным.

«В тот момент исчезло разделение на мы и они. Больше не было людей с ключами и людей без них. Просто люди со слуховыми галлюцинациями, которые говорят о своем опыте, говорят о том, что помогает, а что усугубляет ситуацию…»

В конце того памятного собрания начался обычный ритуал прощания перед возвращением в свои закрытые палаты. Рукопожатия и короткие мужские объятия. Нет необходимости говорить, что в обстановке судебно-медицинского учреждения медбратья не участвуют в таком.

Но в тот день один из ребят положил большую руку на плечо Джаспера и обнял его тоже. И потом все последовали его примеру. Когда Джаспер рассказывает об этом, видно, что он до сих пор глубоко тронут. «Смешно, — упоминает он, — что они все старались не трогать мой пояс с ключами, чтобы не нарушать протоколы безопасности. Они знают, что когда кончается смена, я иду домой. Что я могу ви-

деться с семьей в любое время. Ходить в магазин. Мой день не расписан по минутам. У меня есть все свободы. Так вышло, что в мире есть беспокойные, уязвимые, жестокие люди, которые искренне верят, что им угрожает опасность, и они будут защищаться. И есть люди, которые разбираются с ужасными, чудовищными вещами в своей голове. И, конечно, часть моего мозга всегда настороже, потому что таков контекст, в котором я работаю. Я волнуюсь за членов группы, если, скажем, состояние одного из них ухудшается. Я волнуюсь о том, куда это может его привести. И я могу оказаться одним из тех сотрудников, которым придется его связывать. Я ограничиваю и охраняю, я — держатель ключей, медицинский брат. Они все знают об этом. Но на самом деле, когда мы проводим собрание, я просто участник».

Когда проходило согласование моего присутствия на групповой встрече, я гарантировал некоторые вещи. Я пообещал не называть больницу и не выдавать специфических деталей из рассказов участников. Я не должен был брать с собой ручку и пересказывать целые истории.

Так что мы снова остаемся с чувствами. Вот как я могу описать те ощущения, что мне удалось уловить в той комнате.

Представьте (да, снова), что вы идете по той темной аллее. Внезапно вы слышите звук. Это шаги. Только в этот раз звук не оказывается шорохом в листьях, когда вы прислушиваетесь внимательно. Это все еще шаги. Это всегда шаги. Кто-то всегда преследует вас. Ждет, чтобы нанести удар. И этот кто-то (кем бы он ни являлся) уже ловил вас раньше, и, когда это случалось, вы были слишком напуганы, чтобы

всматриваться в его лицо. А теперь представьте, что вы поворачиваете голову налево и видите друга, который идет рядом с вами. Ваш друг тоже слышит шаги позади. А по правую руку от вас идет еще один друг, и еще, и еще, и еще.

Вы не одни. Вас целая армия. Вы все идете вместе по темной аллее. Она длиннее, чем вы думали. Она темнее, чем вы боялись. Но вы идете, и если подумать, то когда вы шагаете вот так вместе — ваши шаги звучат громче.

Вот какое ощущение было в комнате.

И его я унес с собой.

Прощание

Здесь наши пути расходятся.

Ничего себе путешествие, правда? Я точно его запомню надолго. В начале этой книги я упоминал, что писать роман было очень тяжело. Теперь я знаю, что и в написании научно-популярной литературы есть свои сложности.

Люди, с которыми мы встречались и говорили, так же реальны, как вы или я. Они пригласили меня в свою жизнь, поделились своими историями. Это большая ответственность. Мои глаза открылись на такие вещи, о которых я не задумывался, даже будучи медбратом. Когда я работал по профессии, я был частью системы психиатрии, взгляд на которую вынужден был поменять, когда узнал, каково это: пройти через психиатрическое оценивание, быть диагностированным и лечиться от собственных мыслей, чувств и поступков.

Мы убедились, что самые мучительные переживания — которые часто ведут к постановке психиатрического диагноза — формируются с равной вероятностью нашими отношениями с людьми, другими внешними факторами и биологическими аномалиями. Иногда в «исправлении» нуждается не сам индивид, а его среда обитания. Мы видели, что этот факт часто упускается из виду желающими лучшего участниками кампаний против стигмы, а также поняли, почему это может быть выгодно правительству и другим крупным институциям.

Рассмотрев процесс постановки врачом психиатрического диагноза, мы осознали, что, с точки

зрения науки, в нем изначально заложен огромный изъян.

Мы узнали, как гены могут повышать суперчувствительность к определенным видам страдания. Но мы приняли во внимание и то, что подобные генетические вариации не всегда безусловно вредны.

Мы разобрали, как пренатальные изменения и события ранней жизни могут изменить структуру мозга и что эти изменения имеют долгосрочные последствия для ментального здоровья. Мы в то же время признали, что большинство «психических расстройств» нельзя диагностировать, исследовав мозговые ткани.

Нам рассказали, что необычные переживания вроде галлюцинаций и бредовых идей могут быть не чем иным, как продолжением совершенно здоровых когнитивных стратегий, призванных реализовать самосохранение. Нам также объяснили, как радикально может повысить качество жизни изменение отношения к переживаниям такого рода.

Внимательно изучив психиатрические лекарства, мы узнали, что никто в полной мере не понимает, как они работают. Мы видели пользу и вред антипсихотических препаратов, мы пролили свет на недостатки доказательной базы сегодняшней медицинской практики.

Мы стали свидетелями того, как службы охраны ментального здоровья помогали людям и подводили их.

Важнее всего, мы усвоили, что в мире психического здоровья нет ничего непротиворечивого. Почти обо всем ведутся дискуссии, и редко когда они жарче, чем при разговоре о «шизофрении». И все же, проведя время с Амитом, Эрикой, Джеймсом, Клэр и Джо, Кейт и Бриджит, Джаспером, мне кажется, что я уста-

новил одну четкую и бесспорную истину. Когда мы говорим о шизофрении — мы говорим о людях.

Наш путь завершен, но это не значит, что мы видели все. Я хорошо представляю, насколько малую часть территории мы охватили. Таковы размеры этих владений.

Оказывается, что это скалистая местность со множеством ложных пиков. Отсюда открывается более обширный вид, чем с точки нашего отправления, но мы еще далеко от вершины.

Рискуя развить эту метафору слишком далеко, скажу, что мы видели только западный склон, фокусировались на западном опыте, идеях и способах лечения. Есть и другие тропы, по которым мы могли бы пройти и удивиться, насколько отличаются ландшафты.

В 1979 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) огласила результаты пятилетнего исследования, из которых следовало, что диагностированные шизофреники в развивающихся странах в среднем живут лучше, чем люди с тем же диагнозом в богатых индустриальных государствах первого мира. Эту горькую пилюлю тяжело было проглотить (особенно тем, чьи пилюли считались самыми эффективными), и все же последовавшее масштабное двухгодичное исследование, проводившееся в десяти странах, подтвердило выводы первого. Пациенты, живущие в менее благополучных странах, демонстрировали более успешную социальную жизнь и более длительные периоды ремиссии по сравнению с жителями стран, обладающих всеми медицинскими ресурсами и передовыми технологиями[117].

Никто пока не смог найти убедительного объяснения. Столько всего еще только предстоит узнать.

Но я верю, что мы охватили внушительную часть темы. В первой главе я просил вас произнести вслух слово «шизофрения». Сказать его громко, быть услышанным. Повторить, почувствовать форму, задержаться на нем. Я просил вас отрефлексировать свои мысли и чувства.

Если бы вы повторили эту процедуру сейчас, изменились бы ваши ощущения?

Мои точно изменились.

Мы только что узнали историю держателя ключей. Но мы все своего рода держатели ключей, не так ли? Мы делаем предположения о людях, основываясь на идеях и убеждениях, которые, может быть, ни разу не подвергали сомнению. Мы распихиваем людей по категориям у себя в уме и запираем их там навсегда. Иногда то же самое мы проделываем и с собой.

Я очень надеюсь, что моя книга помогла отомкнуть некоторые двери. Но для того чтобы широко распахнуть их, нужно больше, чем я могу сделать сейчас. Для этого потребуется куда больше людей и куда больше разговоров.

Я мечтаю о том, что вы — да, именно вы! — продолжите разговор, который мы начали с вами в этой книге.

В конце концов, это касается нас всех.

Внимательно слушая друг друга, убеждая и подбадривая друг друга, мы сможем распахнуть двери. Интересно, что еще мы за ними обнаружим?

Это только начало.

БЛАГОДАРНОСТИ

Эта книга была бы абсолютно невозможна без людей, которые поделились со мной своими историями. Некоторые появились на страницах, другие — нет, но и те и другие сформировали мои знания и понимание темы. Учитывая, что некоторые мои собеседники попросили не называть их имена (и было бы странно включать в благодарности псевдонимы), я просто говорю: вы знаете, кто вы и как я вам благодарен.

Я хочу также сказать спасибо врачам, академикам и другим экспертам по ментальному здоровью. Если составить диаграмму Эйлера для ваших убеждений — пересечений будет немного, но все же всех вас объединяет желание и страсть лучше понять, что значит быть человеком и как помочь страдающим. Ваши имена: Венди Берн, Энн Кук, Филип Корлет, Меган Каулс, Энтони Дэвид, Джеки Диллон, Дэниел Фримен, Сюзи Гейдж, Джоэль Голд, Самир Джаухар, Дорин Джозеф, Алекс Лэнгфорд, Энди Маршал, Саймон Маккарти-Джонс, Джоанна Монкриф, Марта Паркер, Ванесса Пинфолд, Джон Рид, Грэм Торникрофт, Андре Томлин, Агата Витале и Джессика Вули.

Особенная благодарности заслуживает Лу Джойнер, чей интеллект, чуткость и поддержка были для меня путеводной звездой. Спасибо всем в издательстве *Faber and Faber*. Спасибо, как всегда, моему гениальному агенту — Софи Ламберт из *C&W*.

Я благодарен своим родителям, которые так интересовались моей работой, и своим детям, которые так усердно ее прерывали. И то и другое было по-своему полезно. Хочу также поблагодарить свою тещу, Сью Паркер, чья помощь с детьми позволила мне освободить время для работы над книгой.

Еще несколько друзей и компаньонов, сопровождавших меня на моем пути: Таня Атапатту, Фил Бамбридж, Сара Бамбридж, Марк Бэррон, Кейт Баттон, Рози Кэррик, Бен и Зия Кларк, Челси Флад, Крейг Флауерс, Джейми Харрисон, Кев Хокинс, Молли Найлор, Рут Сайерс и Полли Вестон.

И, наконец, Эмили Паркер. Я мог бы с легкой душой включить тебя в список экспертов. Но тогда я не смог бы завершить твоим именем этот финальный список, моя жена и героиня.

ПРИМЕЧАНИЯ

1 С интересными дебатами на тему самого уместного собирательного названия для людей, пользующихся услугами служб психиатрической помощи, можно ознакомиться здесь: David M. B. Christmas and Angela Sweeney (2016), ‘Service user, patient, survivor or client . . . has the time come to return to “patient”?’ *The British Journal of Psychiatry, 209, 9–13.*

2 Цит. по: Filer, N. (2013) *The Shock of the Fall*, HarperCollins.

3 Goodwin, G. M. and Geddes, J. R. (2007) ‘What is the heartland of psychiatry?’ *The British Journal of Psychiatry*, 191, 189–91.

4 Psychiatrists and psychologists pledge to end “bitter” adversarial dynamic. Mental Health Today. 27th November 2018. https://www.mentalhealthtoday.co.uk/news/mental-health-profession/psychiatrists-andpsychologists-pledges-to-end-bitter-adversarial-dynamic.

5 Вы можете послушать лекцию «Личная история психического расстройства» Элин Сакс (с русскими субтитрами) здесь https://www.ted.com/talks/elyn_saks_a_tale_of_mental_illness_from_the_inside. Она также описывает свой опыт в автобиографической книге The Centre Cannot Hold (2007).

6 Душераздирающая и поэтическая попытка рассказать об опыте этого «одного из сотни»: *Uninvited Guest* by Jenny Robertson (1997).

7 *Detective Comics* (2003), vol. 1, #789, 'Mimsy Were the Borogoves'.

8 Из лекции Энтони Дэвида 2018 года 'Knowing Me Knowing You: Insight in psychiatry and medicine'. Лекции King's College London (к которым относится и эта), доступны на YouTube.

9 Этот разговор зафиксирован в статье Хью Даймонда 1856 года 'On the application of Photography to the Physiognomic and Mental Phenomena of Insanity'. Эта статья, как и потрясающая коллекция фотографий Даймонда, перепечатана в книге *The Face of Madness: Hugh W. Diamond and the Origin of Psychiatric Photography* edited by Sander L. Gilman.

10 Steinman M.A., Shlipak M.G., McPhee S.J.. Of principles and pens: Attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med*. 2001;110:551–7. PMID: 11347622.

11 Цит. по: Reddy M.S. Insight and Psychosis. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2015; 37(3):257-260. doi:10.4103/0253-7176.162909.

12 Все цитаты Робина Мюррея в этой книге взяты из моего с ним интервью февраля 2018 года.

13 Цит. по: David A.S. (1990) Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry*, 156:798-808. Для более детального разбора взгляда Обри Льюиса на инсайт см.: David AS (1999) "To see ourselves as others see us." Aubrey Lewis's Insight. *Br J Psychiatry* 174, 210-216.

14 Laing, R.D. *The politics of experience* (1967) London: Penguin Books. Chapter 5, p.115.

15 Bedford et al. Self-evaluation in schizophrenia: an fMRI study with implications for the understanding

of insight *BMC Psychiatry* 2012, 12:106 http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/106.

16 Katherine S. Button et al. (2013) *Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience.* Nature Reviews Neuroscience 14, 365-376 doi:10.1038/nrn3475.

17 Colorado State University. (2007, October 8). Brain Images Make Cognitive Research More Believable. ScienceDaily. Retrieved August 10, 2018 from: www.sciencedaily.com/releases/2007/10/071002151837.htm.

18 Kupfer, D (2013) *Chair of DSM-5 Task Force discusses future of mental health research*. News release, American Psychiatric Association, May 3rd.

19 *The Genuine Works of Hippocrates,* translated by F Adams (1886) Vol 2. pp344 — 345. New York: W. Wood.

20 Physicists, engineers to build next-generation MRI brain scanner October 6, 2017, University of California — Berkeley: https://phys.org/news/2017-10-physicists-next-generation-mri-brain-scanner.html.

21 Обсуждалось в выпуске под названием «Вина» на RadioLab: https://www.stitcher.com/podcast/wnycsradiolab/e/29137467?refid=eml20130927&autoplay=true.

22 Paul H. Lysaker et al (2007) *Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders* Schizophrenia Bulletin vol. 33 no. 1 pp. 192–199, 2007 doi:10.1093/schbul/sbl016.

23 Brekke J.S., Prindle C., Bae S.W., Long J.D. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community, *Psychiatr Serv*, 2001, vol. 52 (pg.1358-1366) DOI: 10.1176/appi.ps.52.10.1358.

24 Больше информации о «Выздоровление — на помойку» вы можете найти на их сайте: https://recoveryinthebin.org/.

25 Для «читабельной» дискуссии по теме вы можете посетить сайт Living With Schizophrenia: https://www.livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/can-you-recover-from-schizophrenia/. Если же хотите глубокого метаанализа, см.: Erika Jääskeläinen, Pauliina Juola, Noora Hirvonen, John J. McGrath, Sukanta Saha, Matti Isohanni, Juha Veijola, Jouko Miettunen; A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 39, Issue 6, 1 November 2013, Pages 1296–1306, https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130.

26 Эта цитата взята из книгеи Грэма Торникрофта *SHUNNED: discrimination against people with mental illness*, 2006. Последующие цитаты относятся к моему интервью с ним в феврале 2017 года.

27 ‘Thriving at Work: a review of mental health and employers’ 2017.

28 Full essay by Anne Cooke and Dave Harper can be found at http://discursiveoftunbridgewells.blogspot.co.uk/2013/05/when-ads-dont-work.html.

29 https://www.bbc.co.uk/mediacentre/latestnews/2016/in-the-mind.

30 Полная версия письма: http://peterkinderman.blogspot.co.uk/2016/02/open-letterabout-bbc-coverage-of.html?m=1.

31 Цитаты Люси Джонстон здесь и далее приводятся по моему с ней интервью в феврале 2018 года.

32 Статистика Time to Change: http://www.time-to-change.org.uk/about-us/our-impact.

33 Henderson C., Robinson E., Evans-Lacko S., Corker E., Rebollo-Mesa I., Rose D., Thornicroft G. (2016) Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact

regarding people with mental illness 2009–2015 Acta Psychiatrica Scandinavica, 134 (suppl.446) pp.23-33.

34 Kvaal, E.P., Gottdiener, W.H. & Haslam, N. (2013) Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social Science and Medicine*, 96, 95-103.

35 Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Carta, M.G. & Schomerus, G. (2011) Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*, 199, 367-72.

36 Этот аргумент Джоанна Монкриф приводит в своей книге *Straight talking Introduction to Psychiatric Drugs* (PCCS Books 2009). Эта книга вышла в серии ‘Straight Talking Introductions to Mental Health Problems’, которую рекомендую читателям для знакомства с критическим взглядом на психиатрию и ментальное здоровье. С самой Джоанной мы еще встретимся на страницах этой книги.

37 Полный текст можно найти здесь: https://psychiatrysho.wordpress.com/2015/06/10/is-depression-really-like-diabetes-yes-but-maybe-not-how-you-imagined/.

38 Интересную дискуссию об этом и, более широко, о надежности диагностики см. здесь: Aboraya A., Rankin E., France C., El-Missiry A., John C. The Reliability of Psychiatric Diagnosis Revisited: The Clinician’s Guide to Improve the Reliability of Psychiatric Diagnosis. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006;3(1):41-50.

39 Kendell R.E., Cooper .E., Gourlay A.J., Copeland J.R.M., Sharpe L., Gurland B.J. Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;25(2):123–130. doi:10.1001/archpsyc.1971.01750140027006.

40 Чтобы послушать мою радиопередачу, в которой Розенхан рассуждает об этом лично, см.: *The Mind in the Media* https://www.bbc.co.uk/programmes/b08hl265.

41 On Being Sane in Insane Places by D. L. Rosenhan *Science* 19 Jan 1973 : 250-258.

42 DSM-II American Psychiatric Association, 1968, p.40.

43 DSM-III American Psychiatric Association, 1980 p.213 — 215.

44 В этой главе я пересказываю аргументы Люси Джонстон по нашему интервью, а также ее книге *A Straight talking Introduction to Psychiatric Diagnosis* by Lucy Johnstone (PCCS Books, 2014).

45 Insel, Thomas (2013) *Transforming Diagnosis* National Institute of Mental Health. https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml.

46 Kupfer, D. (2013) Chair of DSM-5 Task Force discusses future of mental health research News release, American Psychiatric Association, May 3rd 2013.

47 Чтобы больше узнать о политической борьбе, связанной с DSM, и об истории руководства, см.: *The Cycle of Classification: DSM-I Through DSM-5* Roger K. Blashfield, Jared W. Keeley, Elizabeth H. Flanagan, Shannon R. Miles Annual Review of Clinical Psychology 2014 10:1, 25-51.

48 https://www.mdedge.com/psychiatry/article/105698/dr-robert-spitzer-personal-tribute. Хотя сам я узнал эту историю из книги Джеймса Дэвиса *Cracked: Why Psychiatry is Doing More Harm Than Good*.

49 The New York Times article: *Psychiatry's Guide Is Out of Touch With Science, Experts Say,* May 6th 2013.

50 Цит. по: No More Psychiatric Labels by Sami Timimi in Asylum Magazine: http://asylummagazine.org/2012/05/no-more-psychiatric-labels/.

51 Murray, R (2017) Mistakes I Have Made in My Research Career. *Schizophrenia Bulletin* vol.43 no.2 pp 253-256.

52 Версия письма была опубликована в журнале Guardian: 'A letter to … my late son, who had schizophrenia' 5th February, 2011. https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2011/feb/05/letterto-my-late-son-who-had-schizophrenia.

53 https://www.rethink.org/media/1178709/plus_twenty_report.pdf.

54 Taina Mattila, Maarten Koeter, Tamar Wohlfarth, Jitschak Storosum, Wim van den Brink, Lieuwe de Haan, Eske Derks, Hubertus Leufkens, Damiaan Denys; Impact of DSM-5 Changes on the Diagnosis and Acute Treatment of Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 41, Issue 3, 1 May 2015, Pages 637–643, https://doi.org/10.1093/schbul/sbu172.

55 Краткое и ясное изложение доказательств, как и дискуссию о самых многообещающих (хотя иногда спорных) психосоциальных исследований см.: Cooke, A (editor) (2014) *Understanding Psychosis and Schizophrenia.* The British Psychological Society.

56 Hughes, K. *et al*. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* **2**, e356–366 DOI: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4.

57 Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., … Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 661–671. http://doi.org/10.1093/schbul/sbs050.

58 https://www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-abuse-and-neglect/child-sexualabuse/sexual-abuse-facts-statistics/.

59 Read, J. et al (2008). Child maltreatmentand psychosis: A return to a genuinely integrated bio psychosocial model. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 2(3), 235–254.

60 MORGAN, C. et al (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: A case-control study. *Psychological Medicine, 37*(4), 495-503. doi:10.1017/S0033291706009330.

61 Аргументы Саймона Маккарти-Джонса взяты из его потрясающей книги *Can't You Hear Them? The Science and Significance of Hearing Voices,* p.44.

62 Шотландия здесь «впереди планеты всей» — не только в службах охраны ментального здоровья, но и среди работников публичной сферы. Там даже сняли небольшой фильм под названием 'Opening Doors: Trauma Informed Practice for the Workforce'. Вы можете посмотреть его тут: https://vimeo.com/274703693.

63 Read, J., Harper, D., Tucker, I. and Kennedy, A. (2018), *Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review.* Int J Mental Health Nurs, 27: 7-19. doi:10.1111/inm.12369.

64 Harrington, A (2012) The fall of the schizophrenogenic mother The Lancet, Volume 379, Issue 9823, 1292 — 1293.

65 Аргументы Джона Рида взяты из нашей переписки и его лекции 'The psycho-social causes of distress and madness: a research update' (presented on 8th June 2018 at the University of East London), а также из 14-й главы *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis* (2nd Edition) Edited by John Read and Jacqui Dillon.

66 https://www.equalitytrust.org.uk/inequality-and-mental-illness-comment-lancet-psychiatry-professors-wilkinson-and-pickett.

67 Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behavior, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society.

68 Цитаты и идеи Сингха взяты отсюда: Singh SP, Burns T. Race and mental health: there is more to race than racism. *BMJ : British Medical Journal*. 2006;333(7569):648-651. doi:10.1136/bmj.38930.501516.BE, а также из документальной передачи BBC Horizon "Why did I go mad?". Интервью с Сингхом можно послушать здесь: https://soundcloud.com/kidfinish-1/professor-swaran-singh-on-the-links-between-social-marginalisation-and-psychosis.

69 Sundquist, K., Frank, G., & Sundquist, J. (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression: Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *British Journal of Psychiatry, 184*(4), 293-298. doi:10.1192/bjp.184.4.293.

70 JongsmaH.E.,Gayer-AndersonC.,LasalviaA.,etal.Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. JAMA Psychiatry. 2018;75(1):36–46. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3554.

71 Di Forti, Marta; Marconi, Arianna; Carra, Elena et al. Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: A case-control study. The Lancet Psychiatry, Vol. 2, No. 3, 03.2015, p. 233-238.

72 Paul D. Morrison and Robin M. Murray. The antipsychotic landscape: dopamine and beyond. Therapeutic Advancements in Psychopharmacology (2018) DOI:10.1177/2045125317752915.

73 Я цитирую Сюзи Гейдж по нашей переписке и ее статье в Guardian: ‘So smoking skunk causes psychosis, but milder cannabis doesn’t?’ 16th Feb, 2015.

74 Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2014).*Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci*. *Nature* 511, 421–427.

75 Lichtenstein P., Yip B.H., Bjork C., et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. Lancet 2009;373:234-9.

76 Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium Nature Genetics volume 45, pages 984–994 (2013).

77 Доказательства, что дупликация 22q11.2 защищает от шизофрении: E. Rees, G. Kirov, A. Sanders, J. T. R. Walters et al. Molecular Psychiatry volume 19, pages 37–40 (2014).

78 Здесь вы можете посмотреть видео: https://abcnews.go.com/2020/video/williams-syndrome-children-friend-health-disease-hospital-doctors-13817012.

79 St Clair D., Xu M., Wang P., et al. Rates of Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to the Chinese Famine of 1959-1961. JAMA. 2005;294(5):557–562. doi:10.1001/jama.294.5.557.

80 Haut, K. M., Schvarcz, A., Cannon, T. D. and Bearden, C. E. (2016). Neurodevelopmental Theories of Schizophrenia: Twenty-First Century Perspectives. In Developmental Psychopathology, D. Cicchetti (Ed.). doi:10.1002/9781119125556.devpsy223.

81 Boksa, P. (2012). Abnormal synaptic pruning in schizophrenia: Urban myth or reality? *Journal of*

Psychiatry & Neuroscience : JPN, *37*(2), 75–77. http://doi.org/10.1503/jpn.120007.

82 Read, J. et al (2014) ‘The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited’. *Neuropsychiatry*, 4(1), 65–79.

83 Я цитирую Джоанну Монкриф в этой главе и дальше по нашему с ней интервью в августе 2018 года. Он сказала, что одолжила фразу про «еще один загадочный способ человеческого существования» отсюда: Alec Jenner’s *Schizophrenia: a disease or some ways of being human*, 1993. Джоанна также много пишет об этом в своем блоге: https://joannamoncrieff.com/2017/03/27/why-i-dont-like-the-idea-that-mental-disorder-is-a-disease/.

84 https://www.wired.com/2017/05/star-neuroscientist-tom-insel-leavesgoogle-spawned-verily-startup/?mbid=social_twitter_onsiteshare.

85 Knobloch-Westerwick, S., & Meng, J. (2009, June). Looking the other way: Selective exposure to attitudeconsistent and counter attitudinal political information. Communication Research 36(3), 426–448.

86 DSM-5 American Psychiatric Association (2013), p. 87.

87 Я цитирую Фримена по нашим с ним интервью сентября 2018 года. Для более академичного взгляда на его исследования, см.: Freeman, D. & Garety, P (2014) Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* vol 49, Issue 8, pp 1179-1189. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0928-7.

88 Этот интуитивный процесс называется «эвристикой доступности». Подробнее см.: Schwarz, N.; Bless, Herbert; Strack, Fritz; Klumpp, G.; Rittenauer-Schatka, Helga; Simons, Annette (1991).

"Ease of Retrieval as Information: Another Look at the Availability Heuristic" (PDF). Journal of Personality and Social Psychology. 61 (2): 195–202. doi:10.1037/0022-3514.61.2.195.

89 Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., et al. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, singleblind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry* 2, 305–313. doi: 10.1016/s2215-0366(15)00039-5.

90 *Suspicious Minds: How Culture Shapes Madness* by Joel and Ian Gold, Free Press 2014, p. 228. Последующие цитаты Голда взяты из этой работы и из нашего с ним интервью в августе 2018 года.

91 Подробнее о «теории дуального процесса» см.: Jonathan St.B.T. Evans (2003) In two minds: dual-process accounts of reasoning *Trends in Cognitive Sciences* Volume 7, Issue 10, Pages 454-459. https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.08.012.

92 Skodlar, B. et al. (2008). Psychopathology of schizophrenia in Ljubljana (Slovenia) from 1881 to 2000: Changes in the content of delusions in schizophrenia patients related to various sociopolitical, technical and scientific changes. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(2), 101-111. https://doi.org/10.1177/0020764007083875.

93 Впервые тория о том, что бредовые идеи являются попыткой объяснить аномальные явления, высказана Бренданом Махером в 1974 году. С тех пор множество работ (в том числе критических) было написано по теме. Статья Махера: Maher B.A. (1974) Delusional thinking and perceptual disorder *Journal of Individual Psychology*. 30: 98-113.

94 'Modernising the Mental Health Act Increasing choice, reducing compulsion Final report of the Independent Review of the Mental Health Act 1983 December 2018. https://www.mentalhealthtoday.co.uk/media/32267/irmha1983_final-report.pdf.

95 Слова Гилберта процитированы по статье в *The Independent*: Mental Health Act 'needs major reform' as black patients four times as likely as whites to be sectioned Wed 5th Dec 2018 https://www.independent.co.uk/news/health/mental-health-act-detained-sectioned-ethnic-minority-bmereport-nhs-a8669246.html.

96 Swazey J. Chlorpromazine in Psychiatry. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology; 1974 p.78.

97 Laborit H., Huguenard P. Artificial hibernation by physical and pharmacodynamic means. Presse Medicale. 1951;59:1329.

98 Anton-Stephens D. Preliminary observations on the psychiatric uses of chlorpromazine (Largactil) Journal of Mental Science. 1954;100:543–557.

99 Оригинальная цитата: Delay J., Deniker P. 38 cas de psychoses triates par la cure prolongee et continue de 4560 R.P. Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Francaise. 1952;50:pp 503–513. Но впервые я на нее наткнулся здесь: *Anatomy of an Epidemic* by Robert Whitaker (2010, New York: Broadway). На эту же книгу Уитакера я опирался, приводя здесь краткую историю хлорпромазина.

100 Elkes, J., & Elkes, C. (1954). Effect Of Chlorpromazine On The Behaviour Of Chronically Overactive Psychotic Patients. *The British Medical Journal, 2*(4887), 560-565. Retrieved from http://www.jstor.org/stable/20330113.

101 На самом деле ведутся споры о том, когда же Леманн впервые использовал термин «антипсихо-

тик». Я остановился на этой дате, опираясь на книгу *A Historical Dictionary of Psychiatry* by Edward Shorter (Oxford University Press, 2005) p.26.

102 Я нашел эту статистику по хлорпромазину на Википедии. Иногда можно просто посмотреть в Википедеи. Интересный факт о происхождении названия «википедия»: «вики» — гавайское слово, оно означает «быстро». А «-педия» — взято из слова «энциклопедия». Вместе — «быстрая энциклопедия». Угадайте, откуда я это узнал?

103 Read, J. (2009) Psychiatric drugs: key issues and service user perspectives. London: Mind, pp 2-3.

104 Russo, J. (2018) Talking Point Papers 3 Through the eyes of the observed: re-directing research on psychiatric drugs. The McPin Foundation http://mcpin.org/wp-content/uploads/talking-point-paper-3-final.pdf

105 Heres S., Davis J., Maino K., Jetzinger E., Kissling W., Leucht S. (2006) Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *Am J Psychiatry* 163(2) 185-194.

106 Morrison, P.D., Murray, R.M. The antipsychotic landscape: dopamine and beyond. Ther Adv Psychopharmacol 2018; 8(4): 127–35. doi: 10.1177/2045125317752915.

107 Теория о том, что избыток дофамина вызывает такой «сдвиг значимости», впервые была высказана психиатром по имени Шитидж Капур. См.: Kapur, S. (2003) Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160(1):13-23. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.1.13.

108 Morrison, P.D., Murray, R.M. The antipsychotic landscape: dopamine and beyond. Ther Adv

Psychopharmacol 2018; 8(4): 127–35. doi: 10.1177/2045125317752915.

109 Murray, R. M. and Di Forti, M. (2018), Increasing expectations and knowledge require a more subtle use of prophylactic antipsychotics. World Psychiatry, 17: 161-162. doi:10.1002/wps.20517.

110 Если вам интересен критический взгляд на биохимические теории, связанные с психиатрическими лекарствами, см.: Moncrieff in *A Straight talking Introduction to Psychiatric Drugs* (PCCS Books 2009).

111 Легкое для чтения и информативное обсуждение антипсихотических препаратов: *Making Sense of Antipsychotics* produced by the mental health charity, Mind. https://www.mind.org.uk/media/4703393/antipsychotics-2016-pdf.pdf.

112 Я и сам писал о вреде сокращения количества коек в больницах: *Mental health care: where did it all go so wrong?* The Guardian. 25th Jan 2014. https://www.theguardian.com/society/2014/jan/25/nathan-filer-mental-health-care-where-did-it-go-wrong.

113 Увлекательная статья Робина Мюррея и его коллег, в которой препарируется понятие «шизофрении» как болезни мозга: Zipursky, R. B., Reilly, T. J., & Murray, R. M. (2012). The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. Schizophrenia bulletin, 39(6), 1363-72. Полный текст исследования с макаками: Dorph-Petersen K.A., Pierri J.N., Perel J.M., Sun Z., Sampson A.R., Lewis D.A. (2005) The influence of chronic exposure to antipsychotic medications on brain size before and after tissue fixation: a comparison of haloperidol and olanzapine in macaque monkeys. Neuropsychopharmacology, 30(9) 1649-1661.

114 Marshall M., Lewis S., Lockwood A., Drake R., Jones P., Croudace T. Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of

First-Episode PatientsA Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry.*2005;62(9):975–983. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975.

115 Руководство по раннему вмешательству NICE: https://www.nice.org.uk/guidance/qs80/chapter/Quality-statement-1-Referral-to-early-intervention-in-psychosis-services.

116 Цитаты Корлета взяты из наших с ним интервью декабря 2018 года. Подробнее о его исследованиях: Powers A.R., Bien C, Corlett P.R. Aligning Computational Psychiatry With the Hearing Voices Movement: Hearing Their Voices. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(6):640–641. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0509.

117 Если вам интересно почитать разъяснение результатов исследований ВОЗ, я рекомендую третью главу книги Итана Уоттерса *Crazy Like Us — The Globalization of the American Psyche*, Free Press, 2010.

Об авторе

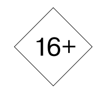
Натан Файлер — квалифицированный медбрат психиатрического профиля. Его роман о жизни юноши, горюющего после смерти брата, «Шок от падения»*, стал бестселлером по версии *Sunday Times* и был переведен на тридцать языков. Книга была удостоена премии Коста, премии Бетти Траск, Национальной книжной премии, и приза Гильдии писателей Америки за лучший дебютный роман. Файлер печатался в журналах *Guardian* и *New York Times*. Передача Файлера «Разум и СМИ» (*The Mind in the Media*) для радио *BBC* 4, исследующая образы психических расстройств в публицистике и художественных произведениях, вошла в шорт-лист премии благотворительной организации *Mind*. Натан Файлер живет в Бристоле с женой и двумя детьми.

---

*Эксмо, 2014.

Содержание

Серия «Психология и психика»



НАТАН ФАЙЛЕР

Шизофрения. Найти и потерять себя

Перевод с английского *Полина Якушева*
Научный редактор *Евгений Смирнов*

Заведующая редакцией *Юлия Данник*
Ответственный редактор *Ольга Лазуткина*
Оформление обложки *Ольга Жукова*
Компьютерная верстка *Людмилы Быковой*
Корректор *Ирина Мокина*

Общероссийский классификатор продукции
ОК-034-2014 (КПЕС 2008): 58.11.1 — книги и брошюры

Изготовитель: ООО «Издательство АСТ»
Изготовлено в 2020 г. в Российской Федерации

Подписано в печать 18.09.2020
Формат 60x90 1/16. Усл. печ. л. 19
Печать офсетная. Бумага офсетная. Гарнитура ZapfElliptical.
Тираж 2000 экз. Заказ № .

ООО «Издательство АСТ»
129085, РФ, г. Москва, Звездный бульвар, дом 21, стр. 1,
комната 705, пом. I

Адрес нашего сайта: www.ast.ru
E-mail: ogiz@ast.ru